

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 44

Quelques affections rénales à Symptomatologie appendiculaire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Avril 1938

PAR

Jacques SARRUS

Né le 30 Juillet 1914, à Gallargues (Gard)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	JEANBRAU, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		RICHE, professeur		
		MOURGUES-MOLINES, agrégé		
		ROUX, agrégé		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DU PROGRES

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1938

Quelques affections rénales
à
Symptomatologie appendiculaire

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 44

Quelques affections rénales à Symptomatologie appendiculaire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Avril 1938

PAR

Jacques SARRUS

Né le 30 Juillet 1914, à Gallargues (Gard)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	JEANBRAU, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		RICHE, professeur		
		MOURGUES-MOLINES, agrégé		
		ROUX, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRES

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1938

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	.....
Histologie	.....
Physiologie	.....
Chimie biologique, médicale et Toxicologie	.....
Physique médicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Microbiologie	.....
Pathologie et thérapeutique générales	.....
Thérapeutique et matière médicale	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Hygiène	.....
Médecine légale et médecine sociale	.....
Pathologie médicale et clinique propédeutique	.....
Clinique médicale	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique obstétricale	.....
Clinique des maladies mentales et nerveuses	.....
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	.....
Clinique de dermatosyphiligraphie	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique des maladies des voies urinaires	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	.....
Radiologie (Ch. de c.)	.....
Anatomie (chargé de cours)	.....
Histologie (chargé de cours)	.....

MM. J. DELMAS
TURCHINI
HEDON
CRISTOL
PECH
GRYNFELT
LISBONNE
PAGES
BOUDET
PUECH
CARRIEU
VIDAL
BOULET
GIRAUD
RIMBAUD
MASSABUAU, <i>assesseur</i>
RICHE
P. DELMAS
EUZIERE, <i>doyen</i>
LEENHARDT
MARGAROT
ETIENNE
JEANBRAU
LAPEYRE
N.
TERRACOL
LAMARQUE
LAUX
GRANEL

HONORARIAT

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE.
ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRE, BOSC, VILLARD

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Histoire Naturelle médicale	.....
Pathologie Médicale et clinique propédeutique médicale	.....
Clinique propédeutique médicale	.....
Clinique des maladies contagieuses	.....
Clinique phthisiologique	.....
Pathologie expérimentale	.....
Pathologie externe	.....
Médecine opératoire	.....
Accouchements	.....
Ophtalmologie	.....
Stomatologie	.....

MM. HARANT, Dr.
BAUMEL, agr.
P. RIMBAUD, agr.
JANBON, agr.
BOUDET, prof.
GUIBAL, agr.
MOURGUES-MOLINES, agr.
SOUBEIRAN, agr. libre.
COL DE CARRERA, agr. lib.
DEJEAN, agr.
WATON, Dr.

AGREGES EN EXERCICE

Bactériologie	.....
Médecine	.....
Chirurgie	.....
Ophtalmologie	.....



M. CARRERE.
MM. JANBON.
BAUMEL
P. RIMBAUD.
LAFON, ch. d'agr.
BOUCOMONT, ch. d'agr.
AIMES.
MOURGUES-MOLINES.
GUIBAL.
ROUX.
M. DEJEAN.

EXAMINATEURS DE LA THESE

JEANBRAU, professeur, *président*
RICHE, professeur

MOURGUES-MOLINES, agrégé
ROUX, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

2100.5

1864

A CEUX QUE J'AIME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de notre scolarité, un grand devoir se présente à nous, celui de remercier tous nos Maîtres, à la Faculté et dans les hôpitaux, de l'enseignement aussi bien pratique que théorique qu'ils nous ont donné et des marques d'intérêt qu'ils nous ont toujours témoignées.

Nous remercions tout d'abord M. le Professeur Jeanbrau qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse. Tout le monde connaît sa haute conscience professionnelle qui demeurera pour nous un exemple. Nous lui sommes aussi très reconnaissant de nous avoir enseigné, d'une façon très intéressante, l'Urologie.

Nos remerciements s'adressent aussi à M. le Professeur Riche qui nous a appris à connaître le malade et la maladie et dont la méthode d'investigation diagnostique, la précision opératoire, nous ont toujours étonné.

Nous n'aurons garde d'oublier dans nos remerciements, ni M. le Professeur agrégé Mourgues-Molines, ni M. le Professeur agrégé Roux, qui, tous deux, au cours de leçons très intéressantes que nous avons suivies pendant deux ans, nous ont enseigné une grande partie de la pathologie externe.

Nous nous excusons auprès de M. le Docteur Truc, chef de clinique de M. le Professeur Jeanbrau de n'avoir pu citer son article « Les reins qui trompent » dont la publication n'a pas encore eu lieu.

Notre reconnaissance ira à M. le Docteur Cabouat, chirurgien des Hôpitaux de Nîmes, qui a bien voulu approuver notre sujet de thèse et qui, pendant le peu de temps où nous avons été son interne, s'est montré toujours bienveillant à notre égard.

Nous avons trouvé auprès de tous nos Maîtres des Hôpitaux de Nîmes, un enseignement pratique qui nous sera très utile et une bienveillance que nous n'oublierons pas de sitôt; nous les en remercions très sincèrement.

Introduction

Le rein a une symptomatologie qui lui est bien propre, il semblerait donc que le diagnostic d'affection rénale soit aisé; il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

Nous n'avons qu'à parcourir quelques publications médicales pour voir qu'une affection rénale aussi banale que l'hydronéphrose a pu être confondue, même par des cliniciens très avertis, soit avec un kyste du foie, du pancréas ou de l'ovaire, soit avec une annexite, une cholecystite, soit avec un ulcère de l'estomac, ou une appendicite.

Nous nous proposons aujourd'hui d'étudier, non pas toutes les affections rénales — et elles sont nombreuses — pouvant faire poser à un médecin ou à un chirurgien compétent, le diagnostic d'appendicite, mais seulement trois affections rénales qui nous ont paru — peut-être parce que très fréquentes — le plus souvent confondues avec l'appendicite.

Nous voulons parler de :

l'hydronéphrose du rein droit;
lithiase rénale droite;
ptose rénale droite.

Ce sujet n'est pas nouveau, mais nous a paru pourtant assez intéressant.

Nous avons eu, en effet, assez souvent, à l'Hôpital, des personnes qui, présentant des signes cliniques assez nets d'appendicite, n'ont reçu de l'appendicectomie aucun bienfait. Nous avons vu, d'autre part, des malades qui, opérés depuis quelques années d'appendicite, ont continué à se plaindre des mêmes symptômes, ont été pris même quelquefois pour des neurasthéniques et auxquels un traitement adhéquat, s'adressant au rein, a permis de reprendre une vie normale.

Les trois affections rénales droites, hydronéphrose, ptose, lithiase, peuvent dans certaines circonstances, apparaître sous forme :

- soit de crises douloureuses brusques faisant poser le diagnostic d'appendicite aiguë ;
- soit sous forme d'un syndrome douloureux chronique et faire alors poser le diagnostic d'appendicite chronique.

Dans le premier cas, assez souvent le diagnostic de syndrome abdominal aigu d'origine appendiculaire est posé, l'opération est pratiquée, l'appendice est sain, les autres organes sont examinés, tout est normal, il suffirait à ce moment-là de penser que derrière cette menue cloison qu'est le péritoine pariétal postérieur, existe l'organe qui est le rein pour avoir l'explication de ce syndrome abdominal douloureux.

Dans le deuxième cas, l'urgence du diagnostic à moins d'importance, la vie du sujet n'est pas en danger, aussi pouvons-nous attendre, faire plusieurs examens, nous aider du laboratoire et de cette méthode instrumentale qui, actuellement rend un grand service ; la pyélographie par voie basse.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre.

Nous étudierons, dans le premier chapitre, les trois affections rénales dont le syndrome commun, la colique rénale, peut simuler le syndrome abdominal d'origine appendiculaire, quelques observations se rapporteront à ce sujet.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons, avec plusieurs observations à l'appui, ces affections rénales simulant l'appendicite chronique.

Dans un troisième chapitre, nous dirons quelques mots sur la pathogénie, et la physiopathologie des symptômes appendiculaires d'origine rénale.

Dans un quatrième chapitre, nous discuterons le diagnostic et nous citerons les caractères spéciaux des différents symptômes appendiculaires pouvant faire penser à une affection rénale; les examens de laboratoire, et méthodes instrumentales seront aussi étudiés dans ce chapitre.

Nous penserons à la coexistence toujours possible d'une affection rénale et appendiculaire.

Enfin, nous terminerons en faisant à part une courte étude sur la pyélographie par voie directe.

Chapitre Premier

Les affections rénales engendrant une symptomatologie d'appendicite aiguë

Nous ne parlerons bien entendu que des trois affections rénales que nous nous proposons d'étudier.

Les affections rénales — hydronéphrose, lithiase, ptose — peuvent donner lieu à un syndrome aigu et présentent alors, en plus de la symptomatologie urinaire, une symptomatologie gastro-intestinale. Tous les malades atteints de ces affections se plaignent de nausées, vomissements, coliques, mais ces symptômes sont noyés au milieu des symptômes urinaires. Le diagnostic est dans ce cas facile, les signes urinaires attirant l'attention sur le rein.

Aussi, ce n'est pas ces cas qui nous intéressent, mais plutôt ceux où la symptomatologie gastro-intestinale est au premier plan, où les signes tels que nausées, vomissements, inquiètent surtout le patient et où la symptomatologie urinaire est très fruste et peut même manquer, n'attirant ainsi pas plus l'attention du malade que du médecin.

Ces symptômes gastro-intestinaux ou bien peuvent n'être accompagnés d'aucun signe de localisation et

nous ne nous en occuperons pas, ou bien peuvent présenter des signes de localisation et dans ce cas, on pense le plus souvent, soit à une cholécystite si le point douloureux est haut situé, soit à une appendicite, s'il est bas situé.

I. — LITHIASSE RENALE ET APPENDICITE AIGUE

La lithiasse rénale est une affection très fréquente, consistant en un dépôt de concrétions salines dans les reins et caractérisée cliniquement par de la douleur et de l'hématurie. Toutefois, actuellement, on sait que très nombreuses sont les personnes qui ont une lithiasse rénale et n'en sont pas le moins du monde incommodées. Cependant, assez souvent, ces malades sont brusquement atteints au milieu d'un état général bon, d'une douleur violente à localisation lombaire, à irradiations vers l'urètre, les grandes lèvres, la vessie, douleur déterminant des troubles réflexes tels que pollakiurie, dysurie, troubles respiratoires, cardiaques et gastro-intestinaux. Cette douleur cesse très brusquement. Nous venons de décrire la colique néphrétique typique due aux contractions douloureuses du bassin et de l'urètre, causées par la distension du bassin.

Le diagnostic de cette crise de colique néphrétique est facile, toutefois, quelques personnes sont opérées d'appendicite aiguë, alors qu'il s'agissait de colique néphrétique, cela est dû à ce que la crise de colique néphrétique n'est pas toujours aussi typique.

Nous verrons par les observations qui vont suivre, que la douleur de la colique néphrétique qui est toujours brutale quant à son début, et à sa terminaison, peut présenter une localisation atypique siégeant le plus souvent dans la région appendiculaire, peut ne s'accompagner d'aucune irradiation, d'aucun signe urinaire, ou alors de signes urinaires banaux, mais peut présenter, par contre, de nombreux troubles digestifs : nausées, vomissements, arrêt des gaz, accompagnés d'une légère élévation de température ; aussi, le diagnostic est-il très délicat et ce n'est souvent qu'en se basant sur des signes paraissant peu importants que l'on peut retarder l'opération et permettre ainsi quelques examens.

Le plus souvent toutefois ces malades sont opérés, et ce n'est que consécutivement à une crise identique à celle qui avait été la cause de l'opération que l'on pense alors au rein.

Voici deux observations se rapportant à une question, mais où grâce à un clinicien averti, l'appendicite ne fut pas enlevée.

OBSERVATION I

(Résumée. Sternbert. Thèse de Clavel, p. 47)

Colique néphrétique à symptomatologie abdominale simulant l'appendicite aiguë.

Il s'agit d'un médecin qui souffrait depuis longtemps de troubles digestifs. A l'âge de 28 ans, petit épisode de pollakiurie nocturne qui ne l'inquiéta pas et auquel il ne pensa plus. A 31 ans, le malade fut pris de coliques, qu'on étiqueta du nom d'influenza à forme gastrique. Un soir, après

un repas, il dut aller visiter un malade; sur la route, il fut pris d'une violente douleur dans la moitié droite de l'abdomen. A part un court soulagement du à une émission de gaz, cette douleur le tint toute la nuit et ne diminua qu'au matin.

Quatre ans plus tard, nouvelle crise douloureuse dans le côté droit du ventre, avec vomissements. En dépit de cela, le malade fit dix minutes de chemin de fer, pendant le voyage les selles et les gaz s'arrêtèrent, et plusieurs vomissements se produisirent. De retour, il se coucha; la douleur du côté droit dura encore trois jours puis disparut.

Neuf mois après, troisième crise. La douleur occupe toute la moitié droite de l'abdomen avec irradiations dans la région lombaire et la cuisse droite. Le ventre est tendu, la douleur est nette au niveau du point de Mac Burney. La température est de 38°5, le pouls a 100, l'anorexie est complète, nausées continuelles, ni selles, ni gaz depuis 48 heures. Il y a un peu de ténésme vésical, mais l'urine examinée ne contient rien d'anormal. On porte le diagnostic de colique appendiculaire.

Quelques jours plus tard, le malade consulta à Vienne un chirurgien en renom qui diagnostique aussi une appendicite et conseille une opération qui n'est pas acceptée. Deux mois après, quatrième crise, douleur abdominale, coliques, diarrhée. Trois ans après la dernière violente colique, survient, sans motif, une pesanteur douloureuse du rein, avec douleur du gland. Arrêt des gaz. Un maître chirurgien le voit à ce moment et ne trouve aucune lésion rénale.

Trois semaines après, nouvelles crises avec ténésme vésical et incontinence d'urine. Enfin, huit jours après, le patient est pris d'une douleur violente et expulse avec l'urine, un calcul gros accompagné de plus petits, de couleur brune, de composition uratique. A partir de ce moment, tout rentre dans l'ordre et la guérison est définitive.

Ce malade ayant refusé son opération a conservé son appendice qui sans doute était sain.

Dans ce cas, toutefois, nous voyons que quelques signes urinaires, banaux il est vrai, mais auxquels il faut attacher de l'importance, existaient, ce sont : la douleur survenant pendant la marche, la pollakiurie nocturne, le ténesme vésical.

Dans l'observation suivante, Sternbert pensa au calcul du rein parce que « la douleur s'atténuait considérablement lorsque le malade se plaçait sur le dos et levait le plus possible le siège, et qu'il tenait la jambe droite en l'air ».

OBSERVATION II

(Sternberg. *Résumée*. Thèse de Clavel)

Il s'agit d'un mécanicien qui est pris de douleurs violentes abdominales, accompagnées de fièvre, de vomissements, d'arrêt de matières et de gaz. La moitié droite était douloureuse, contracturée, la région iléo-cœcale très sensible à la pression. Dans l'urine, on ne constate ni sucre, ni sang, ni albumine.

Sept jours après, le malade est couché, abattu, la langue sale, pas de fièvre, pouls à 80 et tendu. Le ventre est ballonné, douleur au point de Mac Burney.

On pense successivement à une occlusion intestinale, à une colique hépatique, à une indigestion, à un ulcère de l'estomac, enfin on s'arrêta au diagnostic d'appendicite. La région iléo-cœcale était douloureuse mais le point maximum de la douleur n'était pas fixe. Localisée au point de Mac Burney pendant la crise, elle était diffuse après.

On attendit pour se décider une nouvelle crise. Le malade s'aperçut de lui-même que la douleur s'atténuait considérablement quand il se plaçait sur le dos en levant le plus possible le siège et qu'il tenait sa jambe droite en l'air. Ceci attira mon attention d'après mes souvenirs de pratique antérieure je diagnostiquais un calcul du rein,

En présence d'une symptomatologie appendiculaire aiguë que l'on suppose être due à une lithiase rénale, il faut se baser sur quelques éléments : les antécédents calculueux sont rarement retrouvés ; certains symptômes, comme ceux vus plus haut, ont leur importance ; la recherche des points douloureux rénaux et urétéraux, l'état non saburral des voies digestives, la brusquerie du début à l'occasion d'un effort, présentent aussi de l'intérêt : quant à l'examen des urines, surtout microscopique et chimique, il est intéressant de le faire, mais il ne faut pas se contenter d'un premier examen négatif.

II. — PTOSE RENALE ET APPENDICE AIGUE

Le rein est physiologiquement un organe mobile, mais cette mobilité est « contenue » et ne dépasse pas certaines limites.

Pathologiquement, le rein peut s'abaisser davantage, on a alors à faire à une ptose rénale. Dans ce cas, les modifications les plus importantes ne sont pas celles qui se passent au niveau du rein, mais celles qui se présentent au niveau de l'urètre qui, entraîné par le rein est obligé de se plisser et de se couder. Ces coudures peuvent être mobiles, intermittentes, apparaissant et disparaissant suivant la position du rein, dans ce cas elles ne gênent en rien la circulation urétérale et ne sont pas en général la cause d'un syndrome aigu ; mais dans d'autres cas, elles sont fixées, immobiles, la circulation urétérale se fait difficilement ; un excès de tension se produit dans le bassinet qui lutte, et le résultat de cette

lutte est la production de colique rénale. Une autre cause de la colique rénale due à un rein ptosé est son étranglement.

Cette colique rénale a une symptomatologie identique à celle de la colique néphrétique, toutefois, dans ce cas, les examens d'urine ne donnent pas de résultat en général, mais la palpation du rein peut faire poser le diagnostic. Toutefois, beaucoup de reins ptosés ne sont pas perçus à la palpation.

Quand le rein est perçu, il faut penser que bien qu'il existe un rein ptosé, il n'est pas impossible que l'appendice soit en cause: l'appendicite aiguë peut exister en même temps qu'une colique rénale.

Voici l'observation d'une malade où le diagnostic d'appendicite aurait pu être posé, mais où quelques signes attirèrent l'attention sur le rein qui, au cours d'examens ultérieurs fut trouvé ptosé.

OBSERVATION III

(Inédite, due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

Mlle Gar..., 45 ans, ne présente dans ses antécédents rien de bien particulier. Elle a été réglée à 19 ans, ses règles ont toujours été douloureuses. La veille de ses règles elle avait toujours un vomissement.

A 24 ans, elle a fait, étant indisposée, une chute du haut d'une voiture, le soir, arrêt brutal de ses règles. Quinze jours après, elle fut prise de coliques abdominales très douloureuses avec vomissements, constipation, fièvre, point appendiculaire. Cette douleur dure toute la nuit, mais est

soulagée par la mise en place d'une vessie de glace. Pas de signe urinaire. La malade reste alitée trois semaines.

Comment ne pas penser alors à l'appendicite?

De 24 à 27 ans, c'est-à-dire pendant trois ans, elle a eu sans cause bien apparente plusieurs réveils de cette douleur qui siégeait toujours au point appendiculaire.

Depuis l'âge de 31 ans, la malade a été prise fréquemment d'une douleur apparaissant pendant la marche. Les crises vont se rapprochant.

Quelques temps après, à l'occasion d'un effort nouveau, réveil brusque de la douleur siégeant entre la région lombaire et la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. La malade reste alitée pendant deux jours.

Certains signes faisant penser à une lésion rénale, elle est envoyée à un spécialiste qui diagnostique un rein droit ptosé: urines limpides, mictions normales, rein droit ptosé de grosseur normale se réduisant facilement dans sa loge, aucune douleur lombaire, points urétéraux indolores mais présence d'un point douloureux appendiculaire.

Le port d'une ceinture est conseillé.

Malgré le port de la ceinture, les crises se rapprochent, chacune commençant par une douleur lombaire droite, le rein droit est *augmenté de volume et perceptible*. Ces crises sont parfois accompagnées de vomissements bilieux, la malade est obligée de s'aliter, la crise dure deux jours, cesse brusquement et est accompagnée de polyurie.

Dans l'intervalle des crises, la santé est parfaite mais les crises apparaissent toutes les semaines.

Un examen radiographique pratiqué le 18 mai 1932 donne le résultat suivant: Le rein droit est ptosé (pôle supérieur au niveau de la deuxième lombaire, pôle inférieur au-dessous de la crête iliaque).

Un examen des urines séparées montre au point de vue cytologique la présence de leucocytes et d'hématies aussi bien du côté droit que du côté gauche, du point de vue bactériologique et chimique rien à signaler sauf la présence d'un peu d'albumine des deux côtés.

Une néphropexie est pratiquée quelques jours après,

Opérée depuis plus de cinq ans, cette malade n'a plus jamais souffert, son état général s'est amélioré, elle a augmenté de 10 kilogs.

Telle est l'observation de cette malade qui, au début de son affection rénale, et cela pendant sept ans, a souffert tout à fait comme si elle présentait les symptômes d'une appendicite, un seul signe attirant l'attention du côté de son rein : une chute du haut de la voiture. Mais cette ptose a dû évoluer, l'apparition de signes urinaires, la palpation du rein ont permis de faire le diagnostic. Toutefois, l'évolution a continué et la constitution d'une hydronéphrose typique s'est faite.

Nous verrons plus loin sur quels symptômes on peut se baser pour discuter le diagnostic de ptose et quels examens nous permettront de confirmer ce diagnostic.

III. — HYDRONEPHROSE ET APPENDICITE AIGUE

L'hydronéphrose est la distension du bassinet et des calices par de l'urine aseptique. C'est une affection très fréquente que nous étudierons un peu plus en détail dans un chapitre suivant. Cette hydronéphrose peut, elle aussi, rester latente pendant longtemps, ou bien être la cause d'une colique rénale à symptomatologie typique le plus souvent, mais pouvant simuler une appendicite aiguë. De même que dans la ptose rénale, les signes urinaires peuvent ici faire défaut.

Quelquefois, on peut, grâce à la palpation du flanc droit, sentir une tuméfaction douloureuse qui est l'hy-

dronéphrose sous-jacente et penser qu'il s'agit d'un plastron dû à une appendicite suppurée; pour éviter cette erreur de diagnostic, il suffira de savoir que le plastron d'origine appendiculaire, met plusieurs heures pour se former.

Voici une observation se rapportant à ce sujet:

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, Mlle Sir..., qui est réglée depuis l'âge de 13 ans, règles abondantes mais indolores. Elle a commencé à souffrir du ventre il y a six ans; ces douleurs étaient peu caractéristiques. Brusquement, un jour, la malade, au milieu de la nuit, a une crise douloureuse sans irradiation, ni aux reins, ni vers les cuisses, mais à localisation appendiculaire. Le diagnostic d'appendicite est posé.

Deux mois après, une appendicectomie est pratiquée par un chirurgien, les suites sont normales.

Pendant quelques mois, la malade va bien, puis elle recommence à se plaindre du côté droit, petites douleurs sans irradiation siégeant dans la fosse iliaque droite, augmentées par la marche et la fatigue, pas soulagées par le décubitus et accompagnées de légères crises fébriles.

Un an après l'opération, une crise plus forte qui, dit la malade, est tout à fait identique à celle pour laquelle on l'a opérée. A nouveau, nouvelles petites crises douloureuses, avec fièvre.

Au mois d'août 1937, très forte crise douloureuse avec irradiations vers le rein et la cuisse droite, s'accompagnant de pollakiurie. Après la crise, persiste un point douloureux

lombar. A part la pollakiurie, il n'existe aucun signe urinaire.

La pyélographie pratiquée montre une hydronéphrose.

Une néphropexie est faite, et le huitième jour, se produit un écoulement abondant d'urine.

La malade va actuellement bien, mais la néphropexie est pratiquée depuis pas assez de temps pour tenir compte du résultat.

OBSERVATION V

(Eisendrath. *Résumée*)

Il s'agit dans ce cas d'un enfant de 14 ans, présentant des douleurs dans la fosse iliaque droite, des nausées, un ventre tendu, une température de 38°5. Le diagnostic d'appendicite est posé, on intervient au quatrième jour, l'appendice ne présente rien de particulier; mais on découvre une hydronéphrose droite.

Toutes les observations précédentes nous montrent que la confusion d'une des affections rénales étudiées avec un syndrome appendiculaire aigu est due à ce qu'elles produisent dans certaines circonstances la colique rénale.

Pendant longtemps, on a pensé que la crise douloureuse d'origine rénale et que l'on appelait colique néphrétique, était due à l'expulsion d'un calcul du rein. Il n'en est plus ainsi et nous l'avons vu un peu plus haut.

La colique rénale, dont la cause peut être aussi bien la lithiase que la ptose ou l'hydronéphrose, a, en général,

une symptomatologie typique que nous avons décrite, mais peut présenter une symptomatologie atypique et être la cause d'erreur de diagnostic, il faut donc y penser pour les éviter, si possible.

Toutefois, il ne faut pas exagérer le danger, et dans un tableau publié par Quervain en 1913, nous voyons que sur 1.723 opérés avec le diagnostic d'appendicite, il y avait 94 erreurs dont un tout petit nombre pour les affections rénales.

En outre, il vaut mieux opérer un malade atteint de colique rénale que de ne pas opérer un malade atteint d'appendicite aiguë.



Pyélographie pratiquée par M. le D^r PARADIS, se rapportant à l'observation IV

Chapitre II

Les affections rénales engendrant une symptomatologie d'appendicite chronique

La question que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre est plus intéressante que celle étudiée dans le chapitre précédent : le temps nous est moins compté, des examens répétés du malade nous sont permis, en outre, les examens de laboratoire et l'emploi de moyens instrumentaux nous rendront de grands services.

L'appendicite chronique est une affection très répandue, en outre l'appendicectomie est considérée comme une opération en général bénigne, aussi a-t-on un peu trop tendance actuellement à la faire, quelquefois après un examen assez sommaire.

C'est sans doute la raison pour laquelle beaucoup de personnes opérées d'appendicite n'ont reçu aucun bienfait de l'acte chirurgical, l'appendicite n'étant en réalité pour rien dans la production de leurs malaises. Ces malades, en général, sont atteints d'une affection rénale.

L'affection rénale, dont la symptomatologie urinaire est typique, possède, en outre, quelques signes gastro-intestinaux, mais le diagnostic est dans ce cas aisé.

Quelquefois, les affections rénales, — lithiase, ptose, hydronéphrose — ne présentent surtout à leur début que des signes gastro-intestinaux qui seuls inquiètent le malade, les signes urinaires n'apparaissant que plus tard; aussi, en présence de troubles digestifs semblant dépendre d'une appendicite chronique, faut-il toujours penser aux affections rénales.

C'est d'ailleurs le conseil que nous donne Guyon dans ses cliniques: « Bien souvent les uns n'accusent que des symptômes en apparence étrangers à une affection des voies urinaires tels que des troubles digestifs, qui, cependant, ne reconnaissent pas d'autres causes... Une maladie des voies urinaires peut donc être masquée par des symptômes qui semblent ne pas en dépendre et les manifestations produites sont assez accentuées et assez persistantes pour amener ceux qui en souffrent à s'en préoccuper, à s'en plaindre, presque exclusivement ». C'est pourtant à ce moment là qu'un diagnostic bien posé suivi d'un traitement judicieux permettra au rein de conserver ses fonctions, plus tard il est souvent trop tard.

I. — LITHIASSE RENALE ET APPENDICITE CHRONIQUE

La lithiase rénale, dont les symptômes principaux sont la douleur lombaire et l'hématurie, peut rester pendant longtemps latente et le diagnostic n'est alors posé qu'à l'apparition d'une colique rénale. Dans d'autres cas, c'est une radiographie pratiquée pour toute autre

raison qui montre un calcul, quelquefois aussi c'est une véritable découverte d'autopsie. Enfin, quelquefois, les seuls signes de la lithiase rénale sont des symptômes gastro-intestinaux ressemblant à ceux d'une appendicite chronique : pesanteur, nausées, vomissements, ballonnement du ventre, point douloureux dans la région appendiculaire. Le diagnostic posé est le plus souvent celui d'appendicite chronique ; un traitement est institué sans résultat, l'opération est décidée. Après l'acte opératoire le malade va bien pendant quelques temps, mais dès qu'il reprend la vie normale, les symptômes, causes de l'opération, réapparaissent.

Ces malades sont alors quelquefois considérés comme des neurasthéniques ou bien comme des malades atteints de douleurs dues à des adhérences (explications faciles) à moins qu'un interrogatoire plus serré, un examen plus minutieux, l'apparition d'un symptôme urinaire (hématurie, présence de sable dans l'urine), ne mette sur la voie du diagnostic : l'appareil urinaire, diagnostic que des examens de laboratoire et des moyens instrumentaux nous confirmera.

OBSERVATION VI

(Inédite, due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

Voici l'histoire de la malade, H. Cla..., jeune fille de 18 ans.

Jusqu'à l'âge de 14 ans, cette jeune fille ne signale rien de particulier, mais à cet âge, l'attention du médecin est attirée du côté des reins par la présence d'une pollakiurie et d'une dysurie, l'urine contient du pus et des colibacilles. Tout rentre dans l'ordre grâce à un auto-vaccin.

A 16 ans, deux crises douloureuses se produisent; la première est courte, ne dure que deux heures, et est caractérisée par une douleur dans la fosse iliaque droite accompagnée de nausées; la deuxième, semblable à la première, est toutefois plus longue.

Une appendicectomie est pratiquée. L'appendice n'a pas de lésions typiques.

Deux jours après l'opération, la malade fait une poussée fébrile à 40°, les urines sont purulentes, mais tout rentre dans l'ordre.

Ces accidents reprennent deux ans après: douleurs dans le flanc droit, urines troubles, pas de pollakiurie, température 40°. Puis, s'installe une fièvre à grandes oscillations, Des signes thoraciques font penser à une pleurésie. Une radiographie pratiquée découvre un calcul. Une pyélographie montre une pyonéphrose avec une caverne dans le pôle supérieur.

La néphrectomie est pratiquée, la guérison est rapide.

Cette observation montre qu'un examen de l'appareil urinaire doit être pratiqué systématiquement par différentes méthodes quand dans les urines se trouve du pus; il aurait permis de poser le diagnostic plus tôt, d'agir plus rapidement et d'éviter l'évolution des lésions.

OBSERVATION VII

*(Résumée d'une observation de B.-G. Bourgeois
tirée de « l'Union Médical du Canada »)*

Cette malade, Mlle L. M..., âgée de 32 ans, se présente à l'hôpital pour des troubles digestifs, une douleur dans le côté droit de l'abdomen et une hématurie récente.

Dans ces antécédents, nous voyons que la malade a subi, pour des douleurs identiques à celles qu'elle présente

actuellement, deux opérations. Dans la première, une appendicectomie et une ovariectomie droite furent pratiquées.

Dans une deuxième opération, toujours pour les mêmes troubles, une laparatomie latérale est pratiquée, mais la malade ne peut nous dire ce qu'on lui a enlevé.

Les douleurs viennent par crises, tous les deux mois environ, durent 15 minutes et le siège de la douleur maximum est située un peu plus haut que le point de Mac Burney.

Un mois et demi avant son admission, elle eut une crise douloureuse un peu différente des précédentes: ces douleurs siègent bien dans le côté droit de l'abdomen, mais sont irradiées vers le dos, et sont suivies en outre d'une hématurie. Cette douleur persiste malgré un traitement, et elle nous est envoyée dans le service d'urologie après un court passage dans le service de médecine où un lavement baryté met en évidence des lésions de premier cercle, mais aussi, des calculs au niveau du rein droit.

La palpation bi-manuelle du rein ne donne aucun renseignement, mais on note la présence d'un point douloureux dans le bassin. L'analyse d'urine donne: albumine, phosphates, pus, colibacilles.

A la pyélographie, le rein droit est déformé et gros, l'urètre droit est dilaté; présence de grosses taches calcaires dans la région du rein droit.

La néphrectomie est pratiquée après étude du rein gauche.

La malade est très soulagée, malgré la persistance de quelques troubles digestifs.

Nous voyons, grâce à cette observation, qu'il faut, en présence de troubles digestifs, penser à une affection rénale, car ils peuvent exister seuls au début, les signes urinaires, l'hématurie en général pour la lithiase, n'apparaissant que plus tard, et souvent quand les lésions sont bien avancées.

De plus, même le diagnostic d'appendicite chronique porté, il faut faire pratiquer non seulement un examen macroscopique, mais microscopique d'urine.

Cette observation montre aussi qu'une radiographie, même sans préparation spéciale, peut donner des résultats.

OBSERVATION VIII

(Inédite, due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

Mlle L. Gau..., 28 ans. Réglée à 16 ans, ses règles ont toujours été irrégulières, et précédées par des douleurs lombaires. Ces douleurs existant même quand les règles manquent. Malade très constipée.

En 1925, apparaît très brusquement à droite une douleur accompagnée de nausées, sans fièvre, soulagée par la pression profonde et la flexion de la cuisse.

Absence totale de règles de janvier à juin 1926, puis réapparition en juin, juillet et nouvelle disparition en août et septembre. Ces deux mois là, les douleurs furent très fréquentes et accompagnées de vomissements et nausées, pas de fièvre.

Le 28 septembre 1936, crise très violente, douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, vomissements. Température: 37°7.

Pendant cinq jours, douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite, la glace calme les douleurs. L'appendicectomie est pratiquée: pas de lésions marquées à l'appendice macroscopiquement.

Dès le troisième jour, après l'opération, la malade recommence à souffrir dans le côté droit, les douleurs sont calmées par la Belladone.

Le mois suivant, la malade est envoyée à la consultation d'un professeur dont le diagnostic est: annexite droite pro-

blement bacillaire. Six séances de diathermie ne donnent aucun soulagement, la malade souffrant dans l'intervalle des séances, ainsi que six séances de rayons ultra-violets.

Le 4 février, retour des douleurs mais à siège maximum dans la région lombaire droite, présentant des irradiations dans la fosse iliaque droite, et cessant brusquement. Les douleurs sont accompagnées de vomissements, de nausées, mais il y a l'absence complète de signes urinaires.

Des examens d'urine pratiqués à quatre ou cinq reprises donnent les résultats suivant: ni leucocytes, ni hématies; réaction de Meyer négative.

A la fin du mois de février, au cours d'une crise, le rein est perçu un peu gros, mais surtout douloureux à la palpation. Une radiographie du rein droit est faite par M. le Docteur Picheral, au mois de mars, et montre un petit calcul dans le bassinet droit.

L'opération est pratiquée par M. le Professeur Jeanbrau qui enlève le petit calcul: les suites opératoires sont normales.

Depuis, la malade, malgré quelques petites douleurs, se trouve très bien de son opération: elle a pris du poids, quant à ses règles, elles sont régulières et indolores.

L'observation que nous venons de publier montre la grande difficulté que l'on peut avoir à poser un diagnostic exact et comment de petites lésions — tel ce petit calcul du bassinet droit — peuvent avoir des répercussions très diverses.

En outre, elle nous permet de voir qu'il ne faut pas rejeter un diagnostic de lithiase rénale malgré la négativité d'examens nombreux d'urine.

Voici un autre exemple où le diagnostic d'appendicite chronique fut posé, mais un examen de sang permit d'éviter l'opération.

OBSERVATION IX

Résumée dans le livre « l'Appendicite chronique ».)

Il s'agit d'un malade de 53 ans, soigné pour un doli-cocholon, mais qui présente des troubles nouveaux: petites douleurs dans la fosse iliaque droite, élancement, coups d'aiguille, langue sale.

A l'examen, douleur nette dans la région du point de Mac Burney. Aux rayons X, douleur localisée dans la région cocco-appendiculaire. Notre diagnostic évolue donc vers l'appendicite chronique et nous demandons une numération globulaire. La formule est normale, nous en déduisons que ce n'est pas l'appendicite. Quelques jours après, le malade nous apporte un calcul rénal.

Cette observation nous montre l'intérêt que présentent quelquefois des examens complémentaires.

II. — PTOSE RENALE ET APPENDICITE CHRONIQUE

La ptose rénale est une affection très fréquente surtout chez la femme, et si elle est quelquefois la cause de la colique rénale que l'on peut confondre avec une appendicite aiguë, elle simule le plus souvent une appendicite chronique.

Un auteur américain, Edebohls, pense même qu'entre l'appendicite chronique et la ptose rénale, il y aurait une relation de cause à effet, et d'après lui, 90 % de ptoses rénales droites seraient accompagnées d'une appendicite chronique qui, dans ces cas là, ne se mani-

festerait que d'une façon insidieuse. Cet auteur explique la production de l'appendicite chronique par la congestion de cet organe produite par des troubles de la circulation dans la veine mésentérique supérieure, due au déplacement du duodénum et de la tête du pancréas par suite de la ptose du rein.

L'appendice enflammé produirait des douleurs qui, le rein fixé, disparaîtraient.

Edebohls pour cette raison, pratiquait dans la même séance et par la même voie lombaire, la néphrorraphie et l'ablation de l'appendice.

Leguen lui, ne voit pas dans la présence à la fois d'une appendicite chronique et d'une ptose rénale une relation de cause à effet mais bien plutôt une simple coïncidence.

Comment se présente le malade atteint de ptose rénale droite?

Le malade se plaint en général de tiraillements dans les reins, de pesanteur dans le flanc droit, de douleurs lombaires apparaissant brusquement à l'occasion d'un effort et calmées par le décubitus. Les troubles digestifs sont très fréquents et consistent en nausées, flatulence, constipation, ballonnement de l'abdomen. Une tendance à la neurasthénie accompagne ces troubles. Le rein est perçu à la palpation.

Le diagnostic est aisé, quelquefois trop aisé parce qu'on rattache très facilement les troubles à cette ptose et il peut arriver qu'ils dépendent en réalité de toute autre cause d'où un diagnostic incomplet est posé, pouvant entraîner un acte opératoire inutile.

Dans quelques cas, le malade se plaint de nausées, vomissements, pesanteur, le rein n'est pas perçu, mais

la pression dans la région appendiculaire est douloureuse. Ces signes, ajoutés à l'absence de symptômes urinaires imposent le diagnostic d'appendicite chronique. Un traitement médical est essayé qui ne donne aucun résultat. L'appendicectomie est pratiquée.

Pendant quelques temps, le malade va bien, mais, dès qu'il reprend sa vie normale, les mêmes troubles apparaissent que certains pensent dus à une tendance neurasthénique, d'autres dus à des adhérences et qui, en réalité, sont dus à la ptose.

Les analyses d'urine aussi bien physiques, chimiques que bactériologiques, malgré leur nombre, tendent à faire écarter ce diagnostic, jusqu'au jour où une urographie intraveineuse, ou mieux, une pyélographie par voie directe, confirme le diagnostic. Les observations suivantes nous montreront que les faits se passent en général ainsi.

OBSERVATION X

(Inédite, due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

Mlle Can..., jeune fille de 22 ans. se plaint depuis l'âge de 9 ans, de crises douloureuses hypogastriques dont certaines très violentes étaient accompagnées de vomissements, diarrhée et une fièvre de 39°. Ces crises paraissent dues à des écarts de régime.

Après quelques mois d'un état subaigu et la douleur paraissant plus nette au point de Mac Burney, une appendicectomie est pratiquée: l'appendice est en forme de tire-bouchon avec son extrémité un peu épaissie.

La malade ne se remet que lentement de son opération, ses douleurs persistent.

Toutefois, elle se marie, a un enfant: les douleurs se précisent, ont un siège lombaire, et sont surtout provoquées par la marche et les secousses. Le rein n'est pas perçu. Une pyélographie pratiquée montre une ptose rénale.

OBSERVATION XI

(Due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

Il s'agit d'une malade, Mme Bas..., âgée de 25 ans, ayant deux enfants. Depuis son accouchement, elle a des règles douloureuses qui l'obligent parfois à se coucher: son ventre est endolori. Elle marche difficilement et craint les secousses. Depuis trois mois, elle souffre du ventre, même dans l'intervalle des règles, elle a de l'inappétence et ne dort pas.

Son poids a diminué de 8 kilogs. A l'examen, on trouve une rétroversion.

Le 20 juin 1932, la fosse iliaque droite est douloureuse à la palpation, la douleur est limitée dans la région du point de Mac Burney.

Une laparatomie sous-ombilicale est faite, l'appendice est enlevé, il est long, ascendant et adhérent dans la gouttière cœco-pariétale, large dans son tier proximal; mince dans ses deux tiers distaux; l'hystéropexie est pratiquée.

Au cours de l'opération, on enlève même un diverticule de Meckel.

Revue le 5 septembre, ses règles sont toujours annoncées par des douleurs, la malade a grossi de 10 kilogs.

Trois mois après, elle a repris une vie active. Elle ne souffre plus pour ses règles mais de nouvelles douleurs ont apparu avec irradiations au rein droit; les mictions sont suivies de brûlures. La malade souffre du rein droit au moindre effort, elle a de nouveau maigri mais le rein n'est pas perçu.

En avril 1933, la malade continue à souffrir. Plusieurs examens d'urine sont négatifs, ni pus, ni germes.

Le 19 avril 1933, la malade est vue par M. le Professeur Jeanbrau, qui pratique un examen dont voici le résultat :

Cystoscopie: côté gauche: méat urétéral large, éjaculant rythmiquement; côté droit: deux méats urétéraux plus petits, éjaculant alternativement.

Le 16 mai, une pyélographie est pratiquée par M. le Professeur Jeanbrau: introduction facile des trois sondes.

Le pyélogramme montre: que les reins droit et gauche sont tous deux abaissés, qu'ils descendent d'environ 5 à 6 cm. dans la position debout, que les deux urétéres droits se coudent, formant une amorce de siphon, le supérieur sur une ligne passant par le disque intervertébral situé entre la troisième et la quatrième lombaire, le second sur une ligne passant par le milieu du corps de la quatrième lombaire.

Le conseil thérapeutique donné par M. le Professeur Jeanbrau est de fixer le rein droit par néphropexie le plus haut possible, et au cas où il serait anormal, de le supprimer.

Le 30 mai 1933, la néphropexie est pratiquée, les suites de l'opération sont normales.

Quatre mois après, la malade a repris 4 kilogs, ses règles sont à nouveau douloureuses, de plus elle se plaint de douleurs au niveau du ventre, mais ces douleurs sont différentes des précédentes, elles siègent dans l'hypocondre droit, font le tour de la base du thorax et apparaissent la nuit.

Une nouvelle pyélographie faite à cette occasion montre l'efficacité de la néphropexie.

Nous voyons par les observations X et XI, la difficulté qu'il y a à percevoir un rein; de plus, l'observation XI qui est d'une complexité extrême, nous montre que bien que plusieurs examens d'urine soient négatifs, il ne faut écarter le diagnostic de ptose rénale; en outre, nous voyons l'intérêt qu'il peut y avoir à faire une pyélographie des deux reins.

III. — HYDRONEPHROSE ET APPENDICITE CHRONIQUE

L'hydronéphrose est une affection qui est caractérisée comme le dit Jeliu: au point de vue anatomique, par la dilatation aseptique des calices, du bassin, et quelquefois de la partie supérieure de l'uretère; au point de vue mécanique, par la rétention de l'urine en amont d'un obstacle, siégeant à un niveau quelconque des voies urinaires; au point de vue clinique enfin, par l'existence d'une tumeur abdominale douloureuse ou non, accompagnée ou non de symptômes urinaires.

La symptomatologie de l'hydronéphrose est très polymorphe; aussi, avec Tixier, nous dirons que l'hydronéphrose peut se présenter:

- a) Sous forme de crise abdominale douloureuse sans tumeur;
- b) Sous forme de crise abdominale douloureuse avec tumeur;
- c) Sous forme de grosse tumeur abdominale sans manifestation urinaire;
- d) Sous forme de grosse tumeur abdominale avec manifestations urinaires.

Seules, nous intéressent les hydronéphroses faisant partie du groupe a) et celles faisant partie du groupe b) quand la tumeur est intermittente.

Les autres hydronéphroses ne sont pas toujours d'un diagnostic aisé, mais ne sont pas toutefois confondues avec une appendicite chronique, la perception d'une tumeur faisant écouter ce diagnostic. Il se peut aussi, que même l'hydronéphrose sous forme de grosse tumeur,

sans manifestation urinaire, puisse être confondue avec une appendicite, mais ce cas est très rare.

Le diagnostic d'hydronéphrose est donc difficile car comme le dit Ch. Clavel: « Parmi toutes les maladies rénales, l'hydronéphrose est certainement celle qui remplit le mieux les conditions nécessaires pour être latente au point de vue urinaire et ne se manifester que par des troubles gastro-intestinaux.

» Au point de vue urinaire, on connaît l'extrême latence des hydronéphroses: les troubles de la miction, les modifications qualitatives et quantitatives des urines font souvent complètement défaut dans la symptomatologie.

» Au point de vue du retentissement sur les organes digestifs, l'hydronéphrose, par des phases de distensions brutales, possède une grande aptitude à créer des réflexes modificateurs de la sécrétion et de la motricité gastro-intestinale...

» Il n'est donc pas étonnant que les troubles gastro-intestinaux soient d'une extrême fréquence dans l'hydronéphrose; pendant une longue période de son évolution, cette maladie ne peut n'avoir pas d'autre symptôme...

» Lorsque ces troubles gastro-intestinaux s'accompagnent de douleurs prédominant dans la fosse iliaque droite, l'appendice est fatalement incriminé. Cette éventualité est fréquente, notamment dans les petites uro-néphroses en ectopie iliaque (Tixier)...

» Aussi, est-ce fréquemment avec une cicatrice d'appendicectomie qui se présentent à l'examen les malades qu'on va découvrir porteurs d'hydronéphrose. »

Voici quelques observations qu'illustreront cet article auquel nous nous garderons d'ajouter quelque chose :

OBSERVATION XII

(Henri Maire. *Résumée*)

L. J., 16 ans. L'hérédité du malade est chargée au point de vue tuberculeuse.

Depuis quatre ou cinq ans, l'enfant se plaignait de douleurs sourdes et intermittentes dans l'hypocondre droit et la fosse iliaque droite. Ces douleurs survenaient par crise et étaient accompagnées de vomissements et de constipation. Les crises étaient fréquentes. Rien n'attirait l'attention du côté de l'appareil urinaire.

Soudain, survint une crise douloureuse avec vomissements et apparition d'une tuméfaction dans l'hypocondre droit. Il n'y avait pas de température. Le malade entra à l'Hôtel Dieu où on fit le diagnostic d'appendicite à répétition.

Tout se calma et on l'envoya dans le service de M. le Docteur Tixier car il se plaignait de douleurs vives dans l'hypocondre droit, irradiées vers les reins et accompagnées de vomissements et d'une tuméfaction.

On pense à une cholécystite, mais le malade n'a eu ni ictère, ni décoloration de selles, ni irradiations vers l'épaule.

A l'examen somatique, on découvre, dépassant le foie, une masse douloureuse à la pression. Il n'existe pas d'autre point douloureux.

Après une laparatomie, on découvre une hydronéphrose.

Une néphrectomie est pratiquée. Les suites sont normales, mais le malade présente toujours un peu d'albumine.

Cette observation montre l'importance de la localisation et des irradiations de la douleur, la difficulté de

diagnostic, l'hydronéphrose pouvant simuler toutes les affections du côté droit de l'abdomen, dans ce cas appendicite, cholécystite et l'intérêt qu'il y a à faire un diagnostic précoce.

OBSERVATION XIII

(Inédite. Due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

Mme Sal..., 29 ans. Cette malade a quatre enfants. Elle a toujours été bien réglée mais ses règles demeurent actuellement douloureuses, plus abondantes et plus longues qu'auparavant.

Elle souffre, après son accouchement, de douleurs situées dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont accompagnées d'alternative de constipation et de diarrhée.

Un point douloureux appendiculaire existe. Il n'y a pas de signe urinaire qui attire l'attention.

Une appendicectomie est pratiquée: l'appendice ne présente aucune lésion, les suites sont normales.

Le malade se sent mieux pendant un mois, mais bientôt, la douleur réapparaît sous forme de crises d'abord semblables à celles qui ont été la cause de l'opération, puis un peu différentes.

Les crises, qui au début étaient séparées par un intervalle de un mois, ont tendance à devenir plus fréquentes.

La malade ne souffre jamais la nuit.

La crise débute par une douleur occupant le flanc droit puis la région rénale droite, d'où partent des irradiations allant vers le dos. La malade présente pendant la crise de la pollakiurie. La douleur diminue petit à petit et cesse au bout de deux ou trois jours.

A l'examen, l'utérus est mobile, le col déchiqueté. La fosse iliaque droite est douloureuse. Le rein n'est pas perçu. Une radio de la région stomacale est faite: tout est normal.

La malade est envoyée à un spécialiste qui, après examen, porte le diagnostic d'hydronéphrose.

OBSERVATION XIV

(Inédite. Due à l'amabilité de M. le Docteur Cabouat)

La malade, Mme Vig..., 27 ans, est bien réglée, mais souffre la veille et le premier jour de ses règles. Rien de particulier n'est à signaler dans ses antécédents.

Elle souffre du ventre depuis six mois environ, mais n'a jamais eu à proprement parler, de crises douloureuses.

Les malaises qu'elle présente consistent en maux d'estomac, digestion pénible, ballonnement épigastrique, nausées et durent deux heures environ après les repas.

La malade présente en outre de la pollakiurie diurne avec sensation de brûlures, à la fin de la miction. La malade est en outre constipée et a dans l'hypocondre droit une sensation de pesanteur, sensation qui est d'ailleurs augmentée à la période des règles et par la fatigue. La malade a, en outre, beaucoup maigri.

Ces malaises se reproduisent tous les huit jours.

La malade souffre actuellement des mêmes symptômes que précédemment.

A l'examen, on trouve un point de Mac Burney très vif. L'examen histo-bactériologique des urines se révèle négatif.

L'appendicectomie est pratiquée: l'appendice paraît normal, sauf à la pointe qui est rougeâtre.

Les suites opératoires sont compliquées, une pyurie fébrile du troisième au cinquième jour, une colibacillose persistante, sont améliorées par des lavages du bassin et un sérum anticolibacillaire.

Les mois qui suivent son opération, la malade grossit, mais se plaint toujours des mêmes malaises: pesanteur

dans le flanc droit et de la fosse iliaque droite, nausées, pollakiurie. Cette sensation de pesanteur est augmentée par la marche, la fatigue, la station assise, soulagée par la position couchée. Le rein n'est pas perçu.

La malade est envoyée à un spécialiste qui, après examen, porte le diagnostic d'hydronéphrose.

Une néphropexie est pratiquée, ses suites sont normales; toutefois, deux mois après, un examen d'urine donne les résultats suivants: absence de pus, rares hématies et cellules épithéliales. Ensemencement: rares colonnes de colibacilles.

La malade est très soulagée depuis son opération.

Cette observation nous fait voir l'importance qu'ont les petits signes urinaires qui, bien que pouvant exister dans des affections diverses, doivent attirer l'attention tout particulièrement sur l'appareil urinaire dont un examen complet avec les méthodes qu'on a à sa disposition, est indispensable.

Nous résumerons l'étude de ces trois affections rénales et de l'appendicite chronique en disant que le diagnostic est dans quelques cas impossible et que bien souvent il est très difficile.

Aussi, on est souvent obligé d'attacher de l'importance à de tous petits signes urinaires, qui bien souvent vous mettent sur la voie du diagnostic, et d'user de tous les moyens dont on dispose pour l'affirmer. D'autre part, il faut penser que les deux affections peuvent coexister.

Nous reparlerons de tout cela dans un chapitre ultérieur, mais auparavant, nous allons essayer d'expliquer comment le rein peut être à l'origine de symptômes gastro-intestinaux en général qui, si un point douloureux existe dans la fosse iliaque droite, font penser à une appendicite.

Chapitre III

Pathogénie et Physiopathologie

Nous ne pouvons aborder ce chapitre sans citer auparavant la thèse de Ch. Clavel sur « Les syndromes péritonéaux et gastro-intestinaux dans les affections chirurgicales du rein » dont nous nous sommes inspirés.

Le voisinage anatomique de l'appendice que l'on ne peut séparer de l'appareil digestif du point de vue clinique et des reins, partie de l'appareil urinaire, crée des difficultés de diagnostic, chaque organe pouvant réagir sur l'autre. Il se produit alors un véritable mélange de symptômes urinaires et digestifs, et il est quelquefois difficile de savoir lesquels sont dus à la cause initiale; ces symptômes pouvant être dus en outre aux deux affections qui coexistent dans certains cas.

Toutefois, il existe des cas où les symptômes gastro-intestinaux ne sont pas calmés par une thérapeutique intestinale, et sur lesquels l'appendicectomie ne produit aucun effet; par contre, une thérapeutique rénale médicale ou opératoire — ablation d'un calcul, néphropexie — les supprime rapidement.

Ceci tend bien à prouver qu'il existe des symptômes appendiculaires dont l'origine n'est pas l'appendice,

mais se trouve bien au niveau du rein. Certaines des observations précédentes en sont la preuve.

Pour expliquer cela, il faut se baser sur trois facteurs :

- 1° Les rapports de contiguité;
- 2° Les relations par voie humorale;
- 3° Les relations par voie nerveuse.

I. — LES RAPPORTS DE CONTIGUITE

Le rein droit et l'appendice peuvent être très près l'un de l'autre, il suffit pour cela que l'appendice soit ascendant et rétro-cœcal ou que le rein soit descendu.

D'autre part, l'appendice et l'urètre sont situés l'un près de l'autre.

Ces rapports de contiguité font que :

1° Le rein peut comprimer directement la région iléo-cœco-appendiculaire;

2° Le rein peut comprimer les vaisseaux et les nerfs qui se rendent à l'appendice, ce qui entraîne des troubles à ce niveau et l'appendice réagit en créant des symptômes appendiculaires;

3° Enfin, il existe des anastomoses circulatoires, qui sont constituées par les veines de Retzius, entre la circulation rénale et la circulation intestinale; de plus, les lymphatiques de l'appendice et du rein sont eux aussi anastomosés comme l'a montré Stahr.

II. — RELATIONS PAR VOIE HUMORALE

Ces relations par voie humorale sont peu importantes pour les affections qui nous intéressent.

Une affection rénale telle que lithiase, hydronéphrose peut être la cause d'une azotémie et aux symptômes de l'affection s'ajoutent le cortège symptomatique de l'azotémie, mais il peut arriver que la maladie rénale a comme première manifestation, une azotémie d'où apparition de nausées, vomissements, symptômes dus à l'azotémie.

Souvent on ne peut expliquer les symptômes gastro-intestinaux d'origine rénale ni par des rapports de contiguité, ni par des relations par voie humorale, c'est alors que l'on fait intervenir les réflexes réno-digestifs.

III. — RELATIONS PAR VOIE NERVEUSE

LES RÉFLEXES RÉNO-DIGESTIFS

Avant de nous occuper de ces relations, faisons une courte étude anatomique au sujet de l'innervation rénale.

L'origine principale de cette innervation est constituée par le plexus solaire dont les branches afférentes sont les nerfs grands splanchniques qui viennent des sixième, septième, huitième, neuvième ganglions dorsaux, les nerfs petits splanchniques dont l'origine est aux dixième, onzième, douzième ganglions dorsaux et

au premier ganglion lombaire, le pneumogastrique droit, les filets sous-diaphragmatiques des nerfs phréniques. Le plexus solaire est classiquement représenté comme formé de deux ganglions semi-lunaires, deux ganglions aortico-rénaux, deux ganglions mésentériques supérieurs.

Accessoirement, quelques filets rénaux peuvent parvenir directement des nerfs splanchniques sans passer par le plexus solaire. Le pneumogastrique lui, ne donne pas, en général, de fibres rénales, seul Heitzman a vu un filet direct de ce nerf allant au plexus rénal.

De leur origine, les nerfs du rein vont former un réseau à mailles larges difficile à schématiser, mais que l'on peut diviser toutefois en :

A) Un groupe antérieur formé par quelques rameaux venus de la partie inférieure du plexus solaire et de sa continuation avec le plexus mésentérique supérieur ;

B) Un groupe postérieur continuant la direction des nerfs splanchniques qui fournissent le plus grand nombre de ses filets.

Du plexus rénal partent des filets nerveux qui s'enfoncent dans le rein et vont se terminer, suivant une classification due à Papin :

- dans les parois vasculaires ;
- dans les corpuscules de Malpighi ;
- dans les tubes contournés ;
- dans la capsule et les espaces interstitiels ;
- dans les calices et le bassinnet ;
- dans le péritoine pré-rénal.

Les anastomoses du plexus rénal se font avec les nerfs de la capsule, les nerfs du tractus urinaire et des

plexus spermatiques utéro-ovariens, avec le pédicule postérieur des nerfs de la surrénale, avec le plexus mésentérique inférieur et surtout ce qui nous intéresse le plus, avec le plexus mésentérique supérieur dont les filets nerveux sont surtout destinés au cæcum et à l'appendice.

Nous allons étudier les anastomoses unissant le plexus rénal et le plexus mésentérique supérieur.

La partie postérieure du plexus rénal reçoit souvent une anastomose du plexus mésentérique supérieur. Les ganglions aortico-rénaux sont parfois intimement unis au plexus mésentérique supérieur et de ces ganglions aorticaux rénaux partent à la fois des filets destinés aux reins et des filets allant à l'estomac et au cæcum.

Ch. Clavel vit d'après huit dissections qu'il pratiqua que les anastomoses entre le plexus rénal droit et le plexus mésentérique supérieur qui innerve le cæcum et l'appendice, s'établissaient soit par l'intermédiaire du ganglion semi-lunaire, soit par des filets nerveux unissant directement le plexus rénal au plexus de la mésentérique supérieure.

ETUDE PHYSIOLOGIQUE

L'irritation part du bassin et du rein, va au plexus rénal, puis au plexus solaire qui la transmet aux nerfs grands et petits splanchniques et ensuite, par le système du tronc sympathique, va au système nerveux; c'est alors qu'elle détermine la douleur.

Cette douleur provoque des réactions au niveau des organes thoraciques et abdominaux. Seules les réactions

au niveau du tube digestif sont intéressantes pour ce qui nous concerne.

Deux chirurgiens lyonnais, MM. Tixier et Clavel ont étudié des réflexes gastro-intestinaux d'origine rénale.

Pour cela, ils injectent dans le tissu rétro-péritonéal chez des cobayes, une solution physiologique à 30°, ils ouvrent la cavité abdominale et constatent que certains segments de l'intestin étaient dilatés, congestionnés, tandis que les autres étaient pâles, filiformes. Les cobayes témoins présentaient un péristaltisme normal.

Dans d'autres expériences, ils introduisent dans l'intestin de quelques chiens, une capsule réunie par des tubes à un kymographe de Harey, puis ils irritent le rein et la muqueuse du bassinet et observent alors des fluctuations par les tracés inscrits sur le cylindre.

Ces expériences expliquent le mécanisme des nausées et des vomissements : le nerf splanchnique cause la contraction du pylore, le nerf pneumogastrique agit et fait ouvrir le cardia ; les mouvements antipéristaltiques projettent au dehors le contenu gastrique.

Quant à l'intestin, le nerf splanchnique le paralyse, l'irritation du ganglion mésentérique supérieur fait fermer le sphincter iléo-cæcal, celle du ganglion mésentérique inférieur fait fermer le sphincter de l'anus. Il en résulte du météorisme et de la paresse de l'intestin.

Selon les observations de Ouglev, « il existe dans chaque cas individuel une certaine manifestation du réflexe qui élit tantôt un organe, tantôt un autre : dans un cas prédominant seulement les nausées et les vomissements ; dans l'autre seulement les douleurs du ventre et la paresse de l'intestin ; dans le troisième seulement des phénomènes et des douleurs dysuriques... ».

Nous voyons que pour expliquer les symptômes appendiculaires d'origine rénale, il faut faire intervenir, non seulement l'appendice mais tout le tube digestif et seule la localisation de la douleur dans la région appendiculaire, accompagnée par des signes digestifs, fait porter le diagnostic d'appendicite.

Nous ne pouvons terminer cette étude sur la pathogénie, sans parler du réflexe réno-rénal qui peut être la cause d'une erreur de diagnostic et qui fait qu'un patient peut ressentir la douleur d'un rein malade du côté où le rein est sain, d'où l'utilité d'examiner les deux reins.

Chapitre IV

Le Diagnostic

Le diagnostic différentiel entre l'appendicite et une des trois affections rénales que nous venons d'étudier — lithiase, ptose, hydronéphrose — est en général facile grâce à leur symptomatologie en général différente.

Nous avons vu cependant que les erreurs de diagnostic sont assez fréquentes, que dans quelques cas elles sont inévitables mais que dans d'autres, elles sont évitables pour un clinicien averti.

La cause de ces erreurs est souvent dans la mobilité de ces organes. L'appendice est situé normalement dans la fosse iliaque droite au-dessous ou en dedans du cæcum, mais il existe des appendices anormaux situés différemment, soit parce que le cæcum mobile se déplace et déplace avec lui l'appendice qui souvent se dirige au devant du rein, soit parce que l'appendice suit un trajet rétro-cæcal ascendant, ce qui fait que son extrémité est plus ou moins rapprochée du pôle inférieur du rein droit.

Le rein, lui, peut rester en position basse, on a alors le rein ectopique, cause fréquente d'hydronéphrose, ou

bien une fois en position normale, il peut s'abaisser et on a affaire à une ptose rénale. Ce rein ptosé n'est pas toujours perçu à l'examen du malade, de plus, il peut reprendre sa position normale.

La difficulté de poser un diagnostic exact existe surtout au début de l'affection rénale, période où les signes urinaires peuvent manquer, mais c'est surtout à ce moment qu'un traitement appliqué à bon escient et rapidement, est d'une grande utilité car le dynamisme pyélo-urétéral n'est pas encore atteint.

Si le diagnostic n'est pas posé à ce moment-là, l'affection évolue, les signes urinaires apparaissent, mais n'importe quel traitement ne peut plus permettre au rein de remplir ses fonctions d'une façon parfaite, d'où l'utilité de poser le diagnostic dans la première période.

Ces erreurs de diagnostic sont quelquefois évitables; nous allons voir comment on peut essayer de les éviter; de plus le diagnostic doit être complet.

Deux conditions doivent être tout d'abord remplies :

I. — IL FAUT PENSER QU'UNE AFFECTION RENALE PEUT AVOIR UNE SYMPTOMATOLOGIE APPENDICULAIRE.

Nous diviserons tout d'abord ce sujet en deux parties, nous étudierons tout d'abord les signes qui peuvent différencier une colique rénale d'un syndrome appendiculaire aigu. Dans une deuxième partie, nous étudierons ceux qui différencient l'affection rénale de l'appendicite chronique.

A) Comment différencier une colique rénale d'un syndrome appendiculaire aigu :

Nous avons étudié dans un chapitre précédent la colique rénale type, et nous avons vu aussi comment l'absence de certains symptômes (maximum de la douleur dans la région lombaire, manque d'irradiations) pouvaient la faire confondre avec une appendicite aiguë.

Mais encore faut-il penser qu'un syndrome simulant l'appendicite peut être dû à une colique rénale. C'est la dessus que Ch. Gauthier et Ch. Clavel ont voulu attirer l'attention en écrivant : « Il importe donc, dans certains cas d'affection abdominale aiguë, de troubles digestifs chroniques rebelles au traitement habituel, de songer à la possibilité d'une affection rénale ignorée et en particulier d'une hydronéphrose ».

Il faut faire un diagnostic juste et complet ; pour cela, il ne faut pas croire qu'une ptose rénale, un calcul du rein, une hydronéphrose, découverts par un examen clinique ou par un pyélographie sont toujours la cause des symptômes appendiculaires.

Il faut penser qu'il faut faire un examen des deux reins ; il faut penser, en outre, que les deux affections peuvent coexister.

Certains signes peuvent, en général, faire retarder l'opération en surveillant toutefois de très près le malade.

Ce sont, au cours de la crise actuelle : le début de la crise, brutal, au cours d'une marche, d'un exercice violent, la présence de petits signes urinaires, pollakiurie, troubles de la miction ; il faut chercher les points douloureux urétéraux (pratiquer le toucher vaginal ou

rectal), le point costo-lombaire, le signe de Giordano dont nous parlerons plus loin.

L'examen du malade montre que c'est un sujet bien portant, angoissé mais non infecté, son faciès est normal, son pouls est quelquefois rapide mais toujours bien frappé, la fièvre est souvent absente. Les voies digestives, malgré les nausées et les vomissements ne présentent pas d'état saburral.

Il faut attacher de l'importance à l'apparition brutale et simultanée de tous ces symptômes qui, au cours de la crise, ne varient pas d'intensité et qui cessent aussi brutalement qu'ils ont apparu.

Demander des renseignements sur les crises antérieures s'il y en a eu : à quelles occasions ont-elle apparu, la douleur était-elle à localisation lombaire, était-elle irradiée. Existait-il de la pollakiurie, de la dysurie. La cessation des crises précédentes a-t-elle été brutale. Après les crises, n' a-t-il pas eu du « sable » dans les urines, de l'hématurie. Entre les crises, l'état général est-il bien conservé?

Si aux questions précédentes la réponse est oui, l'on peut presque affirmer qu'il s'agit d'une colique rénale.

Un examen d'urine doit être pratiqué qui, s'il montre la présence d'albumine, de pus, de sang, est en faveur d'une affection rénale, mais qui, dans le cas contraire, ne prouve rien.

Si l'on a la quasi-certitude qu'il s'agit d'une colique rénale, l'on peut attendre en surveillant de très près le malade, mais seulement dans ce cas, car il vaut mieux opérer d'appendicite un malade atteint d'affection rénale que de ne pas opérer un malade atteint d'appendicite aiguë.

Même si la crise passée, le malade ne souffre absolument de rien, il ne faut pas oublier que l'affection subsiste et que le devoir du médecin est de la soigner, car dans le cas contraire, elle évolue.

Aussi, tous les moyens dont nous disposons seront mise en œuvre, examens répétés des urines aussi bien physiques, chimiques qu'histo-bactériologiques, cystoscopie, radiographie, cathétérisme urétéral et pyélographie. Nous en parlerons plus en détail plus loin.

B) Comment différencier une affection rénale d'une appendicite chronique:

Les observations précédentes nous montrent que la confusion est souvent possible entre une appendicite chronique et une des affections rénales que nous étudions.

Le diagnostic d'urgence ne présente pas le même intérêt que précédemment et nous avons le temps de mettre en œuvre tous les moyens de diagnostic dont nous disposons pour éviter au malade une opération qui, au lieu de le soulager, aggrave ses troubles et peut même le faire considérer comme un neurasthénique.

Pour cela, il faut d'abord penser que des symptômes appendiculaires peuvent être dus à une affection rénale, c'est ce que l'on n'a pas fait longtemps, mais différents auteurs ont attiré l'attention la dessus, et, parmi eux, il faut citer Tixier qui, dans le livre jubilaire dédié à M. le Professeur Forgue, écrit: « Je me permets en tant que chirurgien de chirurgie générale, de conseiller à tout médecin praticien de ne pas rejeter l'origine rénale de troubles gastro-intestinaux mal définis, de coli-

ques abdominales douloureuses mal expliquées, sous prétexte qu'il n'y a aucun symptôme urinaire, qu'on ne perçoit aucune modification de volume des reins, qu'une radiographie est négative ».

Pour différencier une des affections rénales étudiées de l'appendicite chronique, il faut faire un interrogatoire serré en n'ayant pas peur d'insister sur la présence de petits signes urinaires, sur les crises antérieures; l'examen de l'appareil urinaire devra être complet, pratiqué en position couchée et debout, les deux reins étant examinés symétriquement.

Il faudra compléter l'examen clinique par des examens répétés des urines aussi bien physiques, chimiques que bactériologiques; l'examen du sang présente de l'intérêt, quant à la radiographie simple ou mieux après injection intra-veineuse, elle permet quelquefois d'établir le diagnostic.

Ces examens seront complétés par des méthodes que seul un spécialiste peut pratiquer et qui sont la cystoscopie, le cathétérisme urétéral qui permet de pratiquer la séparation des urines et de faire la pyélographie par voie basse, méthode d'un intérêt immense pour la question qui nous intéresse; aussi ferons-nous plus loin un exposé court, mais aussi complet que possible de cette méthode.

1° *L'interrogatoire:*

Cet interrogatoire doit tout d'abord intéresser la crise actuelle, il faut insister sur le début qui, en général, est soudain avec l'apparition de tous les symptômes appendiculaires en une seule fois, avec, en outre, la présence de quelques petits signes urinaires: dysurie, pollakiurie, hématurie, « sable » dans les urines. La douleur

peut, au moment où l'on interroge le malade, être située par lui dans la fosse iliaque droite, mais elle peut avoir débuté dans la fosse lombaire et avoir été tout à fait au début irradiée.

La douleur est apparue au cours de la marche, d'une fatigue, elle est calmée par le décubitus. Le malade éprouve souvent une sensation de pesanteur, de ballonnement dans le flanc droit. Tous ces signes, malgré la présence d'un point douloureux appendiculaire qui est en général moins fixe que celui dû à l'appendicite et de symptômes digestifs plus importants que les signes urinaires, doivent faire hésiter pour porter le diagnostic.

Il faut alors, si le malade a eu d'autres crises, les lui faire raconter en insistant sur la présence des signes urinaires qui ont pu être plus nombreux au cours d'une crise antérieure, sur les faits qui ont déterminé les crises précédentes (le malade faisait une promenade, est en faveur d'une lithiase; le malade avait fait la veille une chute, est en faveur d'une ptose). Les symptômes des crises antérieures ont disparu brusquement et le malade s'est trouvé d'un seul coup dans un état de bien-être après avoir été soulagé par la position couchée. Les crises ont pu être suivies par une émission d'urine plus abondante que normalement, les urines ont pu être plus troubles que d'habitude ou plus teintées.

En outre, malgré un traitement destiné aux troubles digestifs, à base de belladone, bismuth, bicarbonate de soude et diathermie, les crises deviennent de plus en plus fréquentes. Les signes que nous venons de citer sont en faveur d'une affection rénale.

L'interrogatoire nous fait donc hésiter entre le diagnostic d'appendicite et celui d'affection rénale.

2° *L'examen:*

L'examen du sujet nous donnera quelquefois la clef du diagnostic (la palpation nous permet de percevoir un rein ptosé, le point douloureux costo-lombaire est net), mais, dans d'autres cas, peut nous induire en erreur, un rein ptosé ou une hydronéphrose pouvant passer inaperçus à la palpation. Si l'examen est donc en grande partie négatif, il ne faut pas en déduire que le malade n'a pas d'affection rénale.

Il est donc nécessaire de pratiquer non seulement un examen du malade, mais il faut en faire plusieurs. L'examen en position debout est aussi nécessaire que l'examen en position couchée (il peut exister une différence entre la localisation des points douloureux dans ces deux positions, de plus un rein ptosé non perçu dans la position couchée peut l'être dans la position debout). Il faut faire l'examen du rein non seulement du côté où siège la douleur, mais aussi du côté opposé (une douleur au niveau de la fosse iliaque droite peut, en effet, être due à une affection du rein gauche). L'examen sera complété par un examen de tous les autres appareils en particulier de l'appareil digestif. L'inspection de l'abdomen ne donne en général aucun renseignement.

La palpation de l'appareil urinaire doit être pratiquée méthodiquement et les points douloureux doivent être tous recherchés.

Quels sont ces points?

Ils sont nombreux, aussi ne citerons-nous que les principaux. Le point costo-lombaire est le plus important, la main gauche étant enfoncée dans l'angle costo-

lombaire, l'on peut avec la main droite qui s'insinue sous le rebord costal et qui se dirige vers la main gauche, percevoir un rein abaissé ou descendu.

Le point pyélo-urétéral est un point situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant par l'ombilie, et une ligne verticale passant par le point de Mac Burney.

Les autres points urétéraux, le point urétéral moyen, situé à l'intersection d'une ligne horizontale venant de l'épine iliaque et d'une ligne verticale venant de l'épine du pubis; le point urétéral inférieur, que l'on recherche par le toucher vaginal ou rectal, rendent des services.

Certaines méthodes particulières sont utiles dans quelques cas.

Le signe de Giordano indique la présence d'un calcul du rein, toutefois, il peut manquer chez un porteur de calcul. Comment le recherche-t-on? Le patient est assis, courbe le tronc, « à l'aide du bord cubital de la main droite, on percute la région lombaire du côté supposé sain, puis celle du côté supposé malade. Cette percussion provoque parfois une sensation plus ou moins douloureuse du côté du rein calculeux ».

Le rein ptosé peut descendre dans la région appendiculaire, aussi est-il quelquefois difficile de différencier cliniquement ce rein d'une appendicite chronique. Voilà comment s'y prennent Ed. Antoine et Th. de Martel: « Nous complétons toujours notre examen dans ces cas en faisant placer nos malades couchés par terre sur le dos, les jarrets placés sur une chaise, ayant ainsi le siège très haut situé et le corps en position déclive vers les épaules. Dans cette position déclive seule, le rein revient spontanément dans sa loge et la recherche de la douleur dans la région appendiculaire devient absolument négative ».

L'examen étant fait, pour savoir à quel organe il faut rapporter l'origine de la douleur, on peut se servir d'une méthode qui, d'après son auteur, Razdolski, donnerait de bons résultats et qu'il explique ainsi : « Si, en cas de douleurs viscérales, fut-elle appendiculaire, duodénale, rénale, afférente de la vésicule biliaire ou autre, on injecte par voie intradermique, 1/2 % de cocaïne à une dose de 10 à 15 cc. dans une section dermale déterminée, correspondant à chacun de ces organes, la douleur se calmera en quelques minutes ou elle disparaîtra complètement ou insensiblement ». Cette méthode est basée sur l'idée que chaque organe interne possède sa zone cutanée spécifique qui injectée permet d'affaiblir ou d'abolir la douleur.

Une autre méthode consisterait à faire après cathétérisme urétéral une distension du bassin, ce qui occasionnerait une douleur qui, si elle est identique à la douleur perçue par le malade pendant sa crise, prouverait que cette douleur est bien d'origine rénale ; cette dernière méthode se pratique surtout quand on pense à une hydronéphrose.

Souvent après un examen qui ne donne aucun résultat, le diagnostic d'appendicite chronique est posé et l'appendicectomie est décidée. Toutefois, avant de pratiquer l'opération un examen d'urine est fait.

* 3° *Examens des urines :*

Il ne faut pas se contenter d'un seul examen des urines ; il faut en faire plusieurs, et ne pas se laisser rebutter par la négativité de ces examens, car quelquefois, après plusieurs examens négatifs, il y en a un de positif

et celui-ci a beaucoup de valeur et permet de supposer qu'il existe une affection rénale.

Il ne faut pas en outre se contenter de faire un examen physique des urines, de regarder la courbe des urines, de faire la recherche de l'albumine par différents moyens, mais il faut de plus faire la recherche du pus, et surtout pratiquer des examens microscopiques des urines qui peuvent montrer la présence de cylindres, de cellules épithéliales, des hématies, de polynucléaires et différents germes; les examens chimiques des urines ont aussi de l'intérêt: recherche de l'albumine, du sang par la réaction de Meyer, signe d'une hématurie. Un ensemencement sur culture peut être de quelque nécessité pour la recherche des colibacilles mais il faut bien prendre la précaution de prélever ces urines aseptiquement, sans cette condition l'ensemencement n'a aucune valeur.

L'étude de ces urines prélevées aseptiquement et séparément par le cathétérisme urétéral dans l'un et l'autre rein montre celui qui est atteint.

Si les différents examens d'urine, bien qu'ils soient répétés se montrent négatifs, il ne faudra pas affirmer qu'il n'y a pas d'affection rénale (en effet, des affections telles que l'hydronéphrose et la ptose peuvent évoluer pendant longtemps sans que les urines deviennent anormales) et pratiquer une appendicectomie qui ne soulagera en aucune façon le malade. Aussi est-il nécessaire de pouvoir affirmer autant que possible, avant toute appendicectomie, qu'une lésion appendiculaire existe; pour cela, il faut pratiquer un examen de sang et une radiographie de l'appareil digestif.

4° Examens sans lesquels le diagnostic d'appendicite chronique ne peut être affirmé:

L'examen du sang peut nous permettre, non pas de faire le diagnostic d'affection rénale, mais peut nous permettre, si on hésite seulement entre une affection rénale non compliquée et une appendicite chronique, d'affirmer qu'il ne s'agit pas de cette dernière, aucun état infectieux n'existant et aucune maladie telle que la rougeole et la grippe n'étant en incubation.

Antoine et de Martel, ayant pratiqué systématiquement un examen chez des malades abdominaux et, en particulier chez des malades atteints d'appendicite chronique, sont arrivés au résultat suivant: Après avoir insisté sur le fait que l'examen du sang, doit être pratiqué à jeun, ils écrivent: « Nous pouvons affirmer d'une façon absolue (et ceci est vérifié par de nombreux laboratoires choisis parmi les meilleurs de Paris), qu'un individu normal ne doit pas avoir plus de 6 500 globules blancs par millimètre cube et une polynucléose dépassant 67 % au maximum... Correctement pratiqué, l'examen de sang ne trompe jamais... En résumé, l'appendicite chronique d'emblée s'accompagne toujours de modifications dans la formule du sang: leucocytose légère de 6.500 à 10.000 et plus, avec mononucléose de 40 % et plus, pouvant réaliser même dans les cas extrêmes, une véritable inversion de la formule leucocytaire.

La conclusion de Antoine et de Martel est la suivante:

a) L'examen de sang pratiqué à jeun révèle toujours chez un malade atteint d'appendicite chronique d'em-

blée, une leucocytose modérée (de 6.500 à 12.000) et une mononucléose de 38 % à 60 %...;

b) Ceci veut dire qu'il ne saurait y avoir d'appendicite chronique sans modification de sang. Sinon des troubles douloureux doivent être rapportés à des troubles mécaniques seuls dans ce dernier cas sans éléments infectieux surajoutés;

c) Ceci ne veut pas dire que chaque fois qu'on note une modification du sang, on doit toujours trouver une appendicite. La réaction du sang que nous venons de signaler signifie état infectieux léger d'un organe quelconque...

L'examen radioscopique de l'appareil digestif après l'épreuve des trois repas peut nous fournir quelques renseignements: le point douloureux localisé sur l'appendice ou sur la base d'implantation, et mobile si l'on mobilise le cæcum, a une grande valeur diagnostique; les autres signes radiologiques indirects ont beaucoup moins de valeur.

C'est ce que disent Antoine et de Martel dans les phrases suivantes:

« Nous avons comme principe d'examiner toujours aux rayons X tous les malades qui souffrent dans la fosse iliaque droite... On doit profiter de cet examen à l'écran radiologique pour faire un examen attentif et complet de tous les organes du malade. Si l'appendice est injectée, la douleur située au niveau de cette image, mobile avec elle, est d'une valeur absolue en faveur d'une appendicite... Si l'appendice n'est pas visible, le point douloureux siégeant dans l'angle iléo-cæcal, au niveau de l'implantation de l'appendice sur le cæcum, mobile avec lui dans ses déplacements, a pour nous une

valeur diagnostique très importante, si elle est notée dans les deux positions, debout et couchée. »
dicite chronique et si seule la douleur au point appendicé chronique et si seule la douleur au point appendiculaire existe, l'examen du sang et l'examen radiologique infirmant le diagnostic d'appendicite chronique, il faut examiner, avant toute opération, d'abord l'appareil urinaire, se servir de la radiographie simple et de la radiographie intraveineuse ou faire appel au spécialiste qui pratiquera différentes méthodes telles que la cystoscopie, le cathétérisme urétéral et surtout la pyélographie.

*2° Radiographie simple
et radiographie après injection intraveineuse*

Pendant assez longtemps on se contentait de faire une radiographie simple après avoir purgé l'intestin de ses gaz. Cette radiographie permet dans certains cas d'apercevoir la forme et la situation du rein, et quelquefois même des calculs, aussi peut-elle donner des renseignements.

Mais dans beaucoup de cas on ne voit absolument rien, il ne faut pas toutefois en déduire que le rein est normal. De toute façon, il faut radiographier l'appareil urinaire systématiquement et des deux côtés.

La pyélographie par voie intraveineuse, découverte plusieurs années après la pyélographie par voie directe, a, pendant quelques temps, concurrencé cette méthode, car elle ne demande pas l'aide d'un spécialiste, est assez simple et permet de radiographier simultanément les deux reins, de plus elle saisit le travail du rein sur le

vif, et l'on peut suivre sous l'écran le travail de contraction et de relâchement du bassin et de l'urètre qui ne sont point gênés par une sonde.

Cette méthode a pour but de rendre opaque l'appareil des voies urinaires au moyen de corps introduit dans la circulation.

L'idée paraît datée de 1923, et les recherches ont été entreprises par Osborne, Sutherland.

Différents produits ont été essayés, le bromure de sodium, l'iodure de lithium.

L'association de l'iodure de sodium à l'urée permet à leur auteur d'obtenir des images assez nettes, mais c'est surtout Lichtenberg et Swick qui, grâce à leur produit, l'urosélectan, ont permis à cette méthode de prendre son essor.

La première radiographie des voies urinaires pratiquée en France date de 1929 et a été faite par Leguen.

Le produit employé dans notre pays est le Tenebryl qui contient 68,5 % d'iode en général.

La technique est simple, on injecte au malade qui a subi une certaine préparation destinée à faire disparaître les gaz intestinaux, du Ténébryl dans la veine. Quelques minutes après, on prend un premier cliché, puis on prend des clichés à intervalle plus ou moins réguliers, ce qui oblige le malade à rester longtemps dans la salle de radiographie.

Ensuite, il faut interpréter les clichés, cette interprétation peut être assez facile mais dans certains cas, elle est très difficile et certains auteurs même considèrent ces radiographies comme de véritables devinettes.

Cette méthode dont le grand intérêt est de permettre la radiographie des deux reins à la fois, ce qui permet

d'éviter quelquefois une erreur de diagnostic, est employée surtout actuellement, dans les cas où le cathétérisme urétéral est dangereux ou impossible (obstacle au passage du cystoscope, arrêt des sondes urétérales par coudure) et a perdu de ce fait beaucoup de son intérêt.

OBSERVATION XV

(N. Constantinesco. *Journ. d'Urol.*, 30 oct. 1930)

Mme Th..., hydronéphrose avec crises douloureuses à droite. Pyélographie intraveineuse avec urosélectan avant l'opération, le 6 mai 1930. Injection en deux reprises, le total est injecté en 8 minutes.

A la fin de l'injection, les reins apparaissent d'une opacité parfaite, ils sont normaux, mais le gauche mieux que le droit apparaît dilaté.

Après quinze minutes, les images sont d'une visibilité nette, elles se maintiennent ainsi jusqu'à une heure et quart, quand elles commencent à diminuer.

Ce qui est à remarquer dans cette observation, c'est que les images, quoi qu'elles ne soient pas suffisamment opaques, restent, grâce à l'absence des gaz, d'une interprétation très facile. D'autre part, il s'agit dans ce cas, d'une hydronéphrose gauche avec douleurs croisées.

On voit par cette observation le gros avantage de la pyélographie par injection intraveineuse. Nous voyons aussi par la même occasion l'intérêt qu'il y aura à faire la pyélographie par voie directe des deux reins à la fois.

La pyélographie par voie intraveineuse peut se faire, le malade couché ou debout.

Nous venons d'étudier des méthodes où l'aide d'un spécialiste urologue n'est pas obligatoire. Nous allons voir maintenant celles où cette aide est nécessaire.

Nous étudierons d'abord la cystoscopie, le cathétérisme des urètres et enfin la pyélographie par voie directe.

3° *La cystoscopie :*

3° La cystoscopie est une méthode qui consiste, à l'aide d'un appareil appelé cystoscope à voir l'intérieur de la vessie. Cette méthode, du point de vue diagnostic d'une affection rénale, ne présente pas grand intérêt; toutefois, elle permet de voir les méats, d'étudier l'éjaculation de l'urine par ces méats et c'est une méthode indispensable pour pratiquer le cathétérisme de l'urètre.

4° *Cathétérisme de l'urètre :*

Le cathétérisme de l'urètre est une méthode qui consiste à introduire dans l'uretère une sonde pour la faire pénétrer dans le bassinet. Il faut faire le cathétérisme des deux urètres car on a ainsi les urines séparées de chaque rein, urines que l'on peut analyser et l'on voit ainsi le rein malade et de plus, si l'autre rein pourra accomplir le surcroît de travail demandé si le diagnostic de la lésion indique une néphrectomie.

De plus, le cathétérisme de l'urètre permet de voir comment s'écoule l'urine; l'urine d'un rein normal s'écoule par éjaculations de 7 à 10 gouttes environ, séparées par un intervalle de 15 à 30 secondes. Si au contraire l'urine s'écoule de façon continue en gouttes pressées, et que la toux fasse augmenter cet écoulement,

on en conclura qu'il y a rétention de l'urine dans le bassin, donc il s'agira d'une hydronéphrose.

En outre, un cathétérisme de l'urètre peut être rendu impossible à cause de l'obstruction plus ou moins complète de l'urètre par un calcul provenant du rein.

Le cathétérisme urétéral permet de plus de se rendre compte de la capacité du bassin en injectant doucement un liquide aseptique par la sonde jusqu'à la production d'une douleur; normalement la capacité du bassin est de 12 centimètres cubes, si elle est augmentée, on a à faire à une hydronéphrose. Par ce moyen et en prolongeant l'injection, on arrive à créer une douleur qui, si elle est identique que la douleur habituelle du malade, prouve que la douleur dont se plaint le malade est bien due au rein.

Enfin, et surtout, le cathétérisme urétéral est actuellement pratiqué pour permettre de faire une pyélographie par voie basse, méthode qui confirme ou infirme un diagnostic ébauché. Nous nous proposons de traiter cette méthode, vu son importance, à part et assez en détail.

II. — IL FAUT FAIRE UN DIAGNOSTIC JUSTE ET COMPLET

Nous avons vu que les affections rénales que nous avons étudiées peuvent rester latentes, même toute la vie, et n'être que des découvertes d'autopsie. Il n'est pas rare d'autre part, au cours d'un examen pratiqué pour une maladie quelconque, de découvrir une ptose rénale.

Si certains symptômes dus à une autre cause apparaissent, il faudra donc se garder de les rattacher à l'affection rénale latente. D'autre part, l'examen d'un seul rein est insuffisant, il faut pratiquer l'examen des deux reins qui est d'ailleurs d'une nécessité absolue avant de tenter un traitement surtout opératoire. L'examen des deux reins ne devra pas être seulement un examen clinique, mais il devra mettre en œuvre tous les moyens dont nous disposons et en particulier la pyélographie.

Une observation nous montrera la nécessité d'un examen complet des deux reins.

OBSERVATION XVI

(M. Truc. *Archives de la Société des Sciences biologiques du Languedoc*, août 1937. Résumée)

Le malade, F. A..., 22 ans, à présent, à l'âge de 2 ans, un mal de Pott lombaire pour lequel il fut traité deux ans. A l'âge de 7 ans, on constate une nouvelle évolution de ce mal de Pott et il est à nouveau immobilisé. A l'âge de 8 ans, il a une pleurésie droite. En 1936, il contracte les oreillons à Montpellier, et son docteur fait pratiquer une azotémie qui est de 0,52 et une analyse des urines qui décèle de l'albumine. De retour à Briançon, on recherche dans les urines le bacille de Koch, on n'en trouve pas, mais par contre, on y trouve du pus.

Un urologiste éminent de Lyon lui fait une séparation des urines, d'après les dires du malade on ne constate pas de bacilles de Koch mais une inoculation au cobaye est positive d'un côté.

Un traitement reminéralisateur et reconstituant lui est conseillé.

Revenu à Montpellier en 1937, un examen histo-bactériologique, montre la présence de bacille de Koch, un examen urologique complet est demandé et ce malade entre dans le service de M. le Professeur Jeanbrau.

A l'examen, ce jeune homme a un bon état apparent. A la palpation, l'abdomen est souple, non douloureux. La pression au niveau des points pyélo-urétéraux et du point de Mac Burney est indolore. La palpation profonde de l'abdomen est négative et ne révèle rien d'anormal. Les reins ne sont pas perceptibles ni douloureux. La percussion des régions costo-vertébrales et costo-lombaires avec le bord cubital de la main ne réveille aucune douleur. L'azotémie est de 0,52.

L'examen des urines séparées montre:

Rein droit: présence de cellules épithéliales, de rares leucocytes, absence de B. K. Culture négative;

Rein gauche: présence de cellules épithéliales, de rares leucocytes, présence de B. K. Culture négative.

Une pyélographie a été faite après la séparation des urines et montre du côté gauche, un bassinot en apparence normal, un urètre fluxueux et manifestement atteint de lésions d'urétérite rappelant celles que l'on voit dans la tuberculose.

Du côté droit, un rein en ectopie rénale.

Nous avons interrogé et reexaminé notre malade après le résultat de la pyélographie. Grâce à un interrogatoire minutieux, nous avons pu apprendre qu'il souffrait parfois de la région iliaque droite, la pression en dedans du point de Mac Burney réveillant une sensation pénible.

Cette observation, qui ne se rattache pas directement à notre question, est intéressante parce qu'elle montre d'une part, qu'une lésion rénale peut exister sans entraîner de symptômes, d'autre part que la pyélographie des deux reins est nécessaire.

Enfin, il ne faut pas oublier que les deux affections peuvent coexister. Cette coexistence peut être due à ce

que l'une des affections est une complication de l'autre, ou bien les deux affections peuvent exister indépendamment l'un de l'autre.

L'appendice peut être rétro-cæcal et, dans ce cas, il n'est pas rare de voir des signes urinaires (hématurie, pollakiurie) céder à une appendicectomie.

Une observation recueillie par M. Bétoulières dans le service de M. le Professeur Riche, trouvée dans la thèse du Docteur Aubat, est typique de ce que nous venons de dire.

OBSERVATION XVII

(Docteur Bétoulière. Thèse de M. Aubat)

Service de M. le Professeur Riche.)

B... A..., 28 ans, entre à l'hôpital le 15 décembre 1935.

Depuis un mois, il éprouve de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite; ces douleurs surviennent le soir, après souper, et celles-ci s'irradient dans la verge.

Dans la journée, il est pris de fréquentes envies d'uriner, parfois toutes les dix minutes. On n'a pas noté d'hématurie.

Il y a sept ans, ce malade a été radiographié à Béziers, on a noté un point douloureux localisé sous l'écran à la région cæcale.

A l'examen, on note une légère défense de la paroi abdominale, un Mac Burney très sensible, un signe du psoas positif.

L'analyse d'urine ne décèle rien d'anormal, ni sucre, ni albumine.

L'examen radiographique pratiqué à Montpellier le 17 janvier, ne montre pas l'image de calculs au niveau de la fosse lombaire.

Le 21 janvier, nouvel examen radiologique qui donne le résultat suivant: « Il y a lieu de conclure à l'appendicite chronique ».

Une azotémie est de 0,33. L'examen d'urine donne un résultat négatif.

L'opération est pratiquée.

Le lendemain, les signes opératoires ont disparu.

L'appendice a été examiné par le Docteur Guibert: Il s'agit d'appendicite subaiguë avec infiltration de polynucléaires éosinophiles au niveau de la muqueuse.

Dans d'autres cas, c'est l'affection rénale qui a pour complication une appendicite, mais le plus souvent, l'appendicite chronique et l'affection rénale coexistent sans que pour cela l'une soit la complication de l'autre.

Dans ces cas là, le diagnostic d'appendicite chronique est posé en se basant:

Sur le point douloureux appendiculaire plusieurs fois constaté;

Sur la localisation sous écran radiologique de ces points douloureux sur l'appendice ou à sa base d'implantation;

Sur l'examen du sang qui indique toujours une modification des globules blancs.

Le diagnostic est donc dans ce cas incomplet et ce n'est que secondairement après l'appendicectomie que l'on est amené à porter le diagnostic d'affection rénale, soit parce que tous les troubles observés par le malade

n'ont pas disparu, soit aussi parce que des signes urinaires apparaissent.

OBSERVATION XVIII

(Prof. Leguen. *Progrès Médical*, mai 1930)

Il s'agit d'un enfant amené dans le service parce qu'il se plaint d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements, nausées, et d'une fièvre élevée.

A la palpation, le point de Mac Burney est très douloureux. Le diagnostic d'appendicite est posé. L'opération est pratiquée. On trouve une appendice suppurée.

Quatre jours après, l'enfant a une colique néphrétique.

Il s'agit dans l'observation précédente, d'un syndrome abdominal aigu, mais les cas sont encore plus fréquents dans les affections chroniques.

Nous avons vu plus haut la grande fréquence de la coexistence de la ptose rénale et de l'appendicite chronique, fréquence tellement grande que certains auteurs enlèvent systématiquement l'appendice en opérant un rein descendu.

Chapitre V

La Pyélographie

La pyélographie peut se faire, soit en injectant dans le courant circulatoire des corps qui rendront opaques les voies urinaires, c'est la pyélographie par voie intraveineuse que nous avons déjà étudiée, soit en injectant directement par voie urétérale à l'aide d'une fine sonde une solution convenable, opaque aux rayons X, permettant ainsi de prendre des clichés.

Cette méthode, un moment concurrencée par la pyélographie par voie intraveineuse qui ne nécessitait pas l'aide d'un spécialiste, est actuellement d'un emploi très courant en urologie et l'on ne peut affirmer un diagnostic de la plupart des affections chirurgicales des reins sans y avoir recours.

La pyélographie par voie basse a été de plus en plus améliorée, et maintenant on peut prendre des clichés, non seulement le malade placé dans la position couchée (position qui pendant longtemps a été la seule utilisée) mais aussi dans la position debout, et même en position déclive, la tête située en bas.

La pyélographie permet non seulement de confirmer un diagnostic, mais elle permet aussi de contrôler les résultats thérapeutiques.

Nous allons traiter très rapidement l'histoire de cette méthode.

Le trajet de l'urètre fut tout d'abord rendu opaque aux rayons X vers 1890 par une sonde en gomme garnie d'un mandrin métallique.

On utilisa ensuite des sondes rendues opaques par l'utilisation d'un produit, en particulier le bismuth.

C'est en 1906, que Volcken et Lichtenberg publièrent leur première communication sur cette méthode nouvelle, le liquide employé était une solution de collargol à 5 % et les auteurs voulant éviter la douleur injectaient au malade 1 centigramme de morphine.

Cette méthode prit une grande extension en Amérique vers 1910, mais à la même époque elle est violemment combattue comme trop dangereuse.

La pyélographie par voie basse fut introduite en France par Legueu et Papin qui mirent en évidence les avantages de la méthode, en montrèrent les dangers et la façon de les éviter.

Cette méthode a acquis droit de cité en France, mais pendant longtemps, elle ne fut pratiquée de façon suivie que par ces deux auteurs.

Le gros reproche que l'on pouvait faire à cette méthode était que les pyélogrammes étant pris en position couchée, l'on ne voyait pas les reins dans la situation où ils sont les plus douloureux, la situation debout.

Depuis quelques années, il n'en est plus ainsi et l'on peut prendre des clichés, le malade debout.

Les premières pyélographies en position debout furent faites par les Docteurs Gayet et Jaubert de Beaulieu,

qui, en juillet 1914, dans *le Lyon Chirurgical*, présentaient six pyélogrammes en position debout pour montrer le déplacement des reins mobiles.

Toutefois, nous lisons dans la thèse de M. Arnal, inspirée par M. le Professeur Jeanbrau, que le mérite d'avoir attiré l'attention des urologues sur cette méthode revient sans conteste à MM. Giscard de Bertrand, Pibrac et Leclerc, de Toulouse qui, le 15 septembre 1930, dans *le Toulouse Médical*, publiaient un article intitulé : « L'urétéro-pyélographie ascendante. Que faire en présence de coliques néphrétiques dues à un calcul non décelable ? »

Dans cet article, illustré de six pyélogrammes dont trois en position debout, ils conseillaient de faire pratiquer une pyélographie en position debout chaque fois qu'un malade a présenté des coliques néphrétiques « qui n'ont pas fait leur preuve ».

Depuis quelques années, on prend les pyélogrammes suivant trois positions, le malade étant couché, debout, la tête en bas.

Nous allons maintenant décrire la technique de la pyélographie.

Le liquide à injecter fut d'abord le collargol à 5 %, puis différents produits furent essayés. Actuellement, on se sert surtout du ténébryl.

La sonde à employer doit être plutôt de petit calibre, car ainsi on évite une hyperpression de liquide dans le bassin ; de plus, il est préférable que la sonde soit opaque aux rayons X. M. Chevassu emploie une sonde, qu'il appelle sonde-bouchon, qui vient s'appliquer sur le méat urinaire, ainsi l'urètre n'est pas déformé mais l'injection du liquide opaque ne peut être fait

par la personne qui, l'œil collé au cystoscope, doit maintenir la sonde-bouchon contre le méat urétéral.

La technique du cathétérisme urétéral n'a rien de particulier ; toutefois, il vaut mieux cathétériser les deux urétéres. Si on le peut, on pousse la sonde jusqu'au bassinot, dans le cas contraire, il suffit de la pousser de quelques centimètres. On injecte ensuite le liquide opaque sous faible pression et on cesse l'injection quand apparaît la douleur.

Voici maintenant la technique de la pyélographie en position couchée et debout, telle que l'a indiquée le Docteur Parès à M. Wilfrid-Arnal, et qui est exposée dans sa thèse inspirée par M. le Professeur Jeanbrau.

L'emploi de la table Uroscilla perfectionnée est d'une grande utilité.

« 1° La table oscillante est mise en position horizontale. La partie inférieure du plateau est remplacée par une cuvette ; les côtés sont munis d'étriers porte-cuisses. Le sujet se couche sur la table en position urogynécologique. On procède à la cystoscopie et au cathétérisme urétéral.

» 2° Les porte-cuisses et la cuvette sont enlevés. On remet en place la partie inférieure du plateau de la table et le marche-pied. Le patient est allongé horizontalement, ses talons portant bien sur le marche-pied ; il est sanglé au niveau du thorax pour qu'il n'y ait aucun déplacement lorsqu'il prendra la position debout.

» La grille antidiffusante qui roule sous la table et le tube, sont alors exactement centrés. Nous ne nous servons pas du pied porte ampoule normal, qu'on peut, il est vrai, amener au-dessus de la table, mais qui ne peut garder la même position relative par rapport à celle-ci

lorsqu'on passe à l'habitus vertical. Nous mettons notre tube à la place de l'écran fluorescent. De la sorte, lorsque nous passerons à la position debout, il n'y aura aucune modification à apporter dans les positions relatives du tube, du sujet et de la grille antidiffusante supportant le film.

» 3° Tout étant prêt, le ténébryl est injecté dans les sondes, aussitôt les bassinets remplis, elles sont bouchées et un cliché est pris sans retard.

» 4° Le film impressionné est remplacé aussitôt par un film vierge préparé à l'avance, le moteur est mis en marche, la table se dresse; dès qu'elle arrive à la verticale, on imprime quelques mouvements de latéralité au malade sans le déplacer. Pour cela, on comprime le bassin à pleines mains et l'on fait exécuter au tronc du patient quelques mouvement dans le sens transversal. Le rein, s'il est mobile, prend ainsi sa position basse, comme il serait advenu après une marche ou un effort; un nouveau cliché est pris.

» La rapidité des manœuvres est telle que le sujet peut supporter, pendant le très court délai qu'elle nécessite, la douleur normalement occasionnée par la distension des bassinets. »

Cette pyélographie en position debout a le grand avantage, comme le dit Giscard, de « surprendre la lésion telle qu'elle est, lorsque le sujet travaille, vague à ses occupations, et telle qu'elle sera lorsqu'elle déclanchera une crise douloureuse ».

Cette méthode très utile permet de comparer la situation du rein mobile, le malade étant couché, et le malade étant debout, de voir les coudures des urétéres telles qu'elles sont en réalité, et les mouvements du rein

autour de son axe. De plus, elle permet de faire un diagnostic plus complet que celui fourni par la pyélographie en position couchée, un calcul du bassinnet par exemple, diagnostic fait par la radiographie ou par la pyélographie en position horizontale, peut être accompagné d'une légère ptose qui retient l'urine et permet une lithiase secondaire.

Avec Heitz Bayer, on peut dire: « Beaucoup de reins actuellement trouvés à l'état de pyonéphrose ou remplis de calculs infectés, c'est-à-dire en pleine déficience, auraient été préservés de ces altérations très graves, si une pyélographie en verticale, faite à temps de façon précoce, alors que les déformations mécaniques commençaient seulement et que le rein ptosé souffrait encore, réagissant à son forcement, avait permis sur ce diagnostic révélateur une chirurgie préventive qui, remplaçant alors tout en ordre, aurait sauvé ces reins en y arrêtant les dégâts dès leur début ».

Actuellement, comme le demandait il y a quatre ans, M. le Professeur Jeanbrau, on peut prendre des pyélogrammes suivant les trois positions: couchée, debout, tête en bas; cette méthode est appelée par Heitz Boyer, pyélographie en double verticale.

C'est une méthode qui, actuellement, est très discutée, certains auteurs tels que Chevassu trouvant qu'elle est une complication inutile, mais ses défenseurs pensent qu'elle est d'une grande utilité et qu'elle peut indiquer même l'acte opératoire que justifie l'affection.

Les accidents dus à une pyélographie, qu'elle soit pratiquée en position couchée, ou en position debout, sont d'une extrême rareté, les produits injectés actuellement étant dépourvus de toute toxicité et la technique étant bien établie.

Nous allons étudier maintenant les résultats que nous obtenons par la pyélographie en position couchée et debout.

Résultats

La pyélographie permet, pour les trois affections qui nous intéressent, d'affirmer qu'elles existent; toutefois, dans quelques cas, très rares il est vrai, elle peut induire en erreur.

La pyélographie nous permet, non seulement de diagnostiquer l'existence de la poche rénale, mais elle permet, en outre, de distinguer par rapport au parenchyme rénal, trois catégories d'hydronéphrose et d'appliquer ainsi une thérapeutique adhéquate.

Elle permet, en outre, de voir si l'hydronéphrose est consécutive à une ptose rénale ou à une malformation congénitale.

La pyélographie par voie basse est d'un grand intérêt pour le diagnostic de la ptose rénale. C'est dans ce cas surtout que la pyélographie en position debout peut permettre de rendre très évidente une ptose qui aurait pu passer inaperçue si le malade avait conservé la position horizontale.

Cette méthode nous montre :

La position du rein dont le bassinet à l'état normal répond à la douzième vertèbre dorsale, à la première vertèbre lombaire. Le bassinet peut être plus ou moins abaissé.

L'état de l'urètre qui peut être plus ou moins sinueux ou qui possède une coudure et qui, du point de vue calibre, peut être dilaté ou non.

L'état du bassinet qui est rarement tout à fait normal mais présente le plus souvent une augmentation de sa capacité normale.

Quant à la lithiase rénale, la radiographie permet le plus souvent de faire le diagnostic (il existe toutefois des calculs invisibles aux rayons X) mais quelquefois par ce moyen on ne peut pas savoir si le calcul est bien rénal.

La pyélographie nous permet alors d'obtenir une grande précision de la topographie de la lithiase rénale, elle permet en outre de choisir avant l'exploration sanglante, la méthode opératoire d'après la topographie des calculs et l'état du bassinet et des calices.

La pyélographie par voie basse est donc actuellement une méthode presque indispensable pour diagnostiquer la plupart des affections chirurgicales du rein. Il faut faire la pyélographie non seulement d'un rein, mais des deux reins.

Toutefois, la pyélographie ne doit pas, comme toute technique d'exploration instrumentale, comme toute technique de laboratoire, par elle seule, faire affirmer un diagnostic.

Son rôle est seulement de confirmer un diagnostic après qu'il aura été posé par la clinique.

Conclusions

Les affections du rein droit — lithiase, ptose, hydro-néphrose — possèdent, en général, en plus de leur symptomatologie urinaire, des symptômes d'origine intestinale.

— Si les symptômes digestifs, accompagnés par un point douloureux situé dans la fosse iliaque droite, sont plus importants que les signes urinaires, qui dans certains cas peuvent même manquer, ces affections rénales peuvent simuler :

— soit une appendicite aiguë et, dans ce cas, la colique rénale, syndrome commun aux trois affections en est la cause ;

— soit une appendicite chronique.

— La pathogénie des symptômes digestifs et appendiculaires dus à des lésions rénales s'expliquent :

— soit par des rapports anatomiques du rein et de l'appendice ;

— soit par un mécanisme humoral ;

— soit surtout par un mécanisme nerveux réflexe. Les réflexes réno-digestifs ont un substratum anatomi-

que dans les anastomoses du plexus rénal avec les plexus mésentériques et la réalité de leur existence physiologique est établi par des faits cliniques et expérimentaux.

— En clinique, le diagnostic d'affection rénale à symptomatologie appendiculaire est difficile.

Très souvent, le premier diagnostic posé est celui d'appendicite et ce n'est qu'après avoir constaté aucun bienfait consécutif à l'opération, que l'on pense au rein.

Le diagnostic d'affection rénale peut être pourtant fait et pour cela, il faut tout d'abord penser qu'une affection rénale peut simuler l'appendicite et s'aider, après avoir fait un interrogatoire détaillé et un examen systématique de l'appareil urinaire, droit et gauche, de moyens de laboratoire et instrumentaux.

Nous allons passer ces moyens en revue :

L'examen des urines doit être pratiqué à plusieurs reprises et doit comprendre non seulement un examen physique et chimique, mais aussi un examen histo-bactériologique.

Sa positivité est en faveur d'une affection rénale, sa négativité ne prouve rien.

La radiographie simple, ou mieux, après injection intraveineuse de ténébryl, peut permettre de confirmer le diagnostic.

La meilleure méthode est celle qui consiste, après avoir fait une cystoscopie et un cathétérisme des deux urétéres, au cours duquel on prélève les urines de chaque rein, d'injecter du liquide opaque dans les deux appareils urinaires pour en prendre des clichés : on pratique ainsi une pyélographie par voie basse des deux reins qui peut confirmer le diagnostic

La pyélographie est pratiquée non seulement le malade couché, mais aussi le malade debout. On tend actuellement à la pratiquer suivant les trois positions : couchée, debout, et tête déclive.

Cette méthode, à elle seule, ne peut toutefois commander le diagnostic.

Le diagnostic d'affection rénale porté, il faut penser que :

— une affection rénale n'est pas obligatoirement la cause des troubles observés ;

— les deux affections — affection rénale et appendicite — peuvent coexister.

Bibliographie

- ADAMS. — Hydronéphrose et appendicite. *Am. of Sur.*, Philadelphie, 1906.
- ANTOINE (Ed.) et CASPERIN. — *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1922.
- ANTOINE (Ed.) et HARTEL (De). — Les appendicites chroniques.
- ARNAL-WILFRID. — La pyélographie en position debout. *Thèse*, 1933, Montpellier.
- AUBAT. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique à symptomatologie urinaire. *Thèse*, 1936, Montpellier.
- BONNET. — Un diagnostic possible grâce à l'emploi de l'uro-sélectan. *Bulletins et Mémoires de l'Association Française de Chirurgie*, 1930.
- BOURGEOIS et GAGNAN. — A propos des erreurs de diagnostic des lésions du secteur droit de l'abdomen. *Union Médicale du Canada*, octobre 1935.
- CABOUAT. — Les syndromes abdominaux d'origine pyélo-urétérale chez la femme. *Echo Médical des Cévennes*, décembre 1937.
- CHEVASSU (M.). — Etat infectieux prolongé de cause indéterminée. L'urétéro-pyélographie montre qu'il est provoqué par une appendicite pelvienne méconnue. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 7 novembre 1931.
- CHEVASSU et MORET (F.). — Le moulage radiographique des cavités du rein et de l'urètre au moyen de l'urétéro-pyélographie rétrograde. *Société Radiologique Médicale de France*, 9 février 1932.

- CHEVASSU. — Urétéro-pyélographie ascendante à l'urosélectan. *XXX^e Congrès Français d'Urologie*, 1930.
- CLAVEL (Ch.). — Syndromes péritonéaux et gastro-intestinaux dans les affections chroniques du rein. *Thèse*, 1929, Lyon.
- CONSTANTINESCO (N.) et PICARDO (A.). — La pyélographie par voie intraveineuse avec l'urosélectan. *Journal d'Urologie*, 30 octobre 1930.
- DE MARTEL. — Les fausses appendicites.
- DELMAS et LAUX. — Anatomie médico-chirurgicale.
- DUPONT (R.) et MISRACHI. — Remarques sur les coutures urétérales. *Presse Médicale*, 7 novembre 1937.
- DURAND (Hippolyte) et LEHMAN (R.). — La lithiase urinaire latente (importance de l'examen radiographique). *Médecine pratique*, mai 1933.
- ELIOT (H.). — Symptômes et diagnostic de la lithiase rénale. *Gazette des Hôpitaux*, mai-juin 1922.
- GISCARD (J.-B.), DE BERTRAND-PIBRAC, LECLERC. — L'urétéro-pyélographie ascendante. *Toulouse Médical*, 15 septembre 1930.
- FALCOMO (N.), CHIPAIL (G.). — Le problème expérimental du° dynamisme urétéro-pyélographique. *Journal d'Urologie*, mai-juin 1937.
- GAUTHIER (Ch.) et CLAVEL (Ch.). — Hydronéphrose à forme gastro-intestinale. *Journal d'Urologie*, 30 octobre 1930.
- GIUBIANI. — Coliques néphrétiques traitées par le cathétisme urétéral: expulsion du calcul, syndrome intestinal associé. *Lyon Médical*, 31 mai 1931.
- HAMBURGER (Jean). — Physiologie de l'innervation rénale.
- HEITZ-BOYER. — La pyélographie en verticale. *Journal d'Urologie*, avril 1937.
- Technique radiographique des déformations réno-pyélo-urétérales et table urologique radiographique. *Société Française d'Urologie*, 15 juin 1931.
 - Exploration radiologique moderne des déformations réno-pyélo-urétérales. Utilité d'une table radio-chirurgicale.

- HORTOMEL (N.), BURGHALL (Th.) et STREJA (M.). — Considérations sur la physio-pathologie des voies urinaires supérieures. *Journal d'Urologie*, mai 1937.
- JACOBOWICZ et REPON. — Coudure urétérale de variété spéciale. *Association Française d'Urologie*, oct. 1930.
- JEANBRAU. — Nécessité de la pyélographie en position debout dans les cas de rein douloureux. *Bulletins et Mémoires de l'Association Française d'Urologie*, 1932.
- Calcul de l'urètre. *XIII^e Congrès d'Urologie*, 1909.
- JEANBRAU et LAMARQUE. — Table radio-urologique et gynécologique. *Revue de la Compagnie générale de Radiologie*.
- JEANBRAU. — L'avenir est à la pyélographie en position debout. *Journal d'Urologie*, juillet 1933.
- Communication au *Congrès Français d'Urologie*, octobre 1933.
- JÉLIU. — Hydronéphrose et appendicite. *Thèse*, 1920.
- LACQUIER (Marcel). — Rapports pathologiques de l'appendice et de l'appareil urinaire. *Journal d'Urologie*, août-septembre 1926.
- LE FUR. — Calcul de l'urètre et appendicite. *Congrès d'Urologie*, 1909.
- LEGUEU. — Le rein mobile.
- Rapports pathologiques de l'appendice et de l'appareil urinaire. *Progrès Médical*, 17 mai 1930.
- LATARJET et BERTRAND. — Recherches anatomiques sur l'innervation des surrénales, des reins et de la partie supérieure de l'urètre. *Lyon Chirurgical*, juillet-août 1923.
- LUIGI SANTA. — Un cas peu banal de lithiase urétérale. *Archives Ital. Urolog.*, 13, fasc. 6, septembre 1936.
- MAIRE. — Les difficultés du diagnostic des grosses hydronéphroses. *Thèse*, 1910.
- MONDOR. — Les diagnostics urgents abdominaux. L'appendicite.

- NARAT (J.-K.). — Les rapports de l'appendicite et de la pyélite. *The American Journal of Surgery*, juillet 1932.
- ONGLEV (R.). — La colique rénale en tant que symptôme de différentes maladies urologiques. *Journal d'Urologie*, avril 1937.
- PAPIN (Ed.). — La pyélographie.
- PARADIS. — La pyélographie. *Echo Médical des Cévennes*, décembre 1937.
- RICHARDSON. — Calcul du rein ou de l'urètre pris pour l'appendicite. *Annal of Surgery*, février 1912.
- ROTHY (H.) et WRIGHT. — La pyélographie par injection intraveineuse. *The British Med. J.*, 27 avril 1930.
- TANT (E.). — L'urétéro-pyélographie ascendante en position debout. *Bruxelles Médical*, n° 18, 28 février 1932.
- TAYLOR. — Un cas d'hydronéphrose à forme d'appendicite. *British Medical Journal*, 1908.
- TIXIER, GAUTHIER et CLAVEL (Ch.). — Troubles gastro-intestinaux causés par des calculs du rein et de l'urètre. *Lyon Chirurgical*, mai 1931.
- TIXIER. — L'hydronéphrose en chirurgie générale. *Livre jubilaire offert à M. le Professeur Forgue*, en novembre 1924.
- TRUC (E.). — De l'utilité de la pyélographie dans la tuberculose rénale (rein tuberculeux à gauche, rein ectopique à droite). *Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc*, août 1937.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
*Quelques affections rénales
à Symptomatologie appendiculaire*
par Jacques SARRUS.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression
Montpellier, le 8 Avril 1938
le Professeur, JEANBRAU

Vu :
Montpellier, le 9 Avril 1938
p. le Doyen, l'assesseur délégué,
MASSABUAU.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 Avril 1938
Le Recteur,
PARISELLE.

Table des Matières

Avant-Propos	7
Introduction	9
CHAPITRE PREMIER. — Les affections rénales engendrant une symptomatologie d'appendicite aiguë	13
I. — Lithiase rénale et appendicite aiguë	14
Observation I	15
Observation II	17
II. — Ptose rénale et appendice aiguë	18
Observation III	19
III. — Hydronéphrose et appendicite aiguë	21
Observation IV	22
Observation V	23
CHAPITRE II. — Les affection rénales engendrant une symp- tomatologie d'appendicite chronique	25
I. — Lithiase rénale et appendicite chronique	26
Observation VI	27
Observation VII	28
Observation VIII	30
Observation IX	32
II. — Ptose rénale et appendicite chronique	32
Observation X	34
Observation XI	35
III. — Hydronéphrose et appendicite chronique	37
Observation XII	39
Observation XIII	40
Observation XIV	41
CHAPITRE III. — Pathogénie et Physiopathologie	43
I. — Les rapports de contiguité	44
II. — Relations par voie humorale	45
III. — Relations par voie nerveuse (des réflexes réno-digestifs) Etude physiologique	47
CHAPITRE IV. — Le Diagnostic	51
I. — Il faut penser qu'une affection rénale peut avoir une symptomatologie appendiculaire	52
Observation XV	66
II. — Il faut faire un diagnostic juste et complet	68
Observation XVI	69
Observation XVII	71
Observation XVIII	73
CHAPITRE V. — La Pyélographie	75
Conclusions	83
Bibliographie	87
Serment	91

